

HOE KAN ERVARINGSDESKUNDIGHEID INGEZET WORDEN BINNEN
DE BEGELEIDING VAN (JONG)VOLWASSEN CLIËNTEN MET EEN
EMOTIEREGULATIESTOORNIS?



Bachelorproef van Blue Christiaens
tot het behalen van het diploma Professionele Bachelor Orthopedagogie

Opleiding PB Orthopedagogie
Afstudeerrichting: Toegepaste Jeugdcriminologie
Karel de Grote Hogeschool Antwerpen

Academiejaar: 2022-2023

*Het intense verdriet
was ooit een heerser over mij
Ik omarm en accepteer het
begrijpen doe ik soms nog niet
Ik voel intens
met alle tinten van vreugde, verdriet en pijn
In die rijkdom van emoties
leer ik mezelf liefhebben
En ervaar ik de essentie van het mens-zijn
- Christiaens Blue*



VOORWOORD

“She was like the moon. A part of her was always hidden away.”

- Reeves (2009)

Voor u ligt mijn bachelorproef die geschreven is om te voldoen aan de vereisten om af te studeren binnen de Professionele Bachelor *Orthopedagogie*. Het omvat de rol van ervaringsdeskundigheid binnen de begeleiding van (jong)volwassen cliënten met een emotieregulatiestoornis.

Het onderwerp *emotieregulatiestoornis* ligt mij nauw aan het hart. Toen ik achttien jaar was, kreeg ik zelf de diagnose *borderline- persoonlijkheidsstoornis*. Ik gebruik in mijn bachelorproef de term *emotieregulatiestoornis*, omdat ik los wil komen van stigmatisering rond deze terminologie. Ik wil graag dat er verandering komt in het kijken en handelen naar mensen met een emotieregulatiestoornis. Deze verandering begint bij mezelf.

Jarenlang wilde ik een deel van wie ik ben, verstoppen voor de buitenwereld. Binnen deze bachelorproef besluit ik om dit niet meer te doen en toon ik mijn volledige, authentieke zelf.

Deze bachelorproef is gerealiseerd door de steun van een aantal mensen. Ik wil graag een dankwoord tot hen richten.

Allereerst wens ik mijn bachelorproefbegeleider, *Sandra Claessens*, te bedanken. Gedurende vijf maanden heeft zij mij ondersteund en bijgestuurd tijdens het uitwerken van deze bachelorproef. Dankzij haar kennis, inzichten en steun kreeg ik de kans om in mijn kracht te staan.

Daarnaast wil ik twee vriendinnen in de bloemetjes zetten. Bedankt, *Lissah*, voor het luisterend oor wanneer ik wilde ventileren over het schrijven van deze bachelorproef. Zij geloofde in mij en wees mijn strenge stemmetjes de deur.

Ook *Amber* wil ik bedanken. Zij was doorheen mijn schrijfproces oprecht geïnteresseerd om bij te leren over mijn denken en voelen. Bij haar mag en kan ik volledig mezelf zijn. Ze las ook mijn bachelorproef na op schrijffouten.

Tot slot wil ik mijn lieve mama *Froni*, pluspapa *Mario* en mijn partner *Ben* bedanken voor hun onvoorwaardelijke liefde doorheen mijn herstelproces.

Ik wens u veel leer- en leesplezier.

Blue Christiaens

28 mei 2023 (Antwerpen)

INHOUDSTABEL

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	4
INHOUDSTABEL	5
INLEIDING	6
1 SITUERING ONDERZOEKSVRAAG	8
1.1. Orthopedagogisch grondplan	9
1.2. Biopsychosociaal model.....	9
2 LITERATUURSTUDIE	10
2.1. Wat is emotieregulatiestoornis?	11
2.1.1. DSM-5	11
2.1.1.1. Criteria	11
2.1.2. Etiologie	13
2.1.2.1. Biologische factoren.....	13
2.1.2.2. Psychologische factoren.....	13
2.1.2.3. Sociale- of omgevingsfactoren	14
3 ERVARINGSDESKUNDIGHEID	15
3.1 Wat is ervaringsdeskundigheid?	16
3.1.1 Terminologie.....	16
3.2 Hoe kan ervaringsdeskundigheid ingezet worden binnen de begeleiding van cliënten met ERS?	17
3.2.1 De ervaringsdeskundige in relatie met de hulpverlener	17
3.2.1.1 Stigmatisering over BPS/ERS	18
3.2.1.2 Negatieve tegenoverdracht	19
3.2.1.3 Suicide.....	20
3.2.2 De ervaringsdeskundige in relatie met de cliënt met emotieregulatiestoornis	23
3.2.2.1 Bruggenbouwer	23
3.2.2.2 Beeldvormer	23
3.2.2.3 Lotgenotencontact	23
3.2.2.4 Krachtverlener	24
3.2.2.5 Hoopverlener	24
3.2.3 De ervaringsdeskundige in relatie met naasten	25
3.2.4 De ervaringsdeskundige binnen de samenleving	26
4 BESLUIT	27
5 LITERATUURLIJST & BIJLAGEN	29
5.1 Literatuurlijst.....	30
5.2 Bijlagen.....	35
5.2.1 Bijlage 1	35



INLEIDING

Emoties zijn een essentieel onderdeel van ons menselijk bestaan en spelen een belangrijke rol in ons dagelijks functioneren. Ze vormen de basis van onze ervaringen, beïnvloeden onze interacties en bepalen voor een groot deel ons welzijn. (Capel, 2018) De meeste mensen kunnen hun emoties op een constructieve manier reguleren. Er zijn ook mensen die worstelen met het reguleren van emoties, zoals personen met een emotieregulatiestoornis (doorheen mijn bachelorproef afgekort als *ERS*).

De prevalentie van mensen met *ERS* wordt geschat op één tot twee procent van de wereldbevolking. Personen met *ERS* vormen een risicogroep met betrekking tot suïcide. 84% van deze doelgroep worstelt met suïcidale gedachten en gedragingen. Acht tot tien procent van deze doelgroep overlijdt ten gevolge van suïcide. (Brickman et al., 2014 ; Linehan, 2016 ; Eurelings-Bontekoe et al., 2017 ; Yen et al., 2021)

Binnen de hulpverlening aan mensen met *ERS* hanteert men vier gespecialiseerde evidence-based behandelingen: Dialectische gedragstherapie (*DGT*), Mentalisatie Bevorderende Therapie, Transference-Focused Psychotherapie en Schematherapie. (Choi-Kain et al., 2017)

Binnen deze bachelorproef ligt de focus niet op de bestaande behandelmethodieken. Het bespreekt de rol van ervaringsdeskundigheid binnen de begeleiding van (jong)volwassen cliënten met een emotieregulatiestoornis.

De focus ligt op jongvolwassen en volwassen cliënten, aangezien *ERS* zich meestal ontwikkelt vanaf de leeftijd van 18 jaar. Er wordt geen onderscheid gemaakt op basis van geslacht. *ERS* komt zowel bij mannen als vrouwen voor. (American Psychiatric, 2013)

Een ervaringsdeskundige, doorheen mijn bachelorproef afgekort als *ED*, is iemand die cliëntervaring heeft in de zorg. Vervolgens deze ervaring omvormde naar ervaringskennis en in de mogelijkheid is om deze kennis ook professioneel in te zetten en over te dragen. (Encyclo, 2021)

Tijdens het schrijven van deze bachelorproef zet ik twee brillen op: die van ervaringsdeskundige en die van toekomstige praktijkgerichte orthopedagoog, afgekort als *PGO*. Dit wil zeggen dat ik eigen ervaringen, samen met de kennis vanuit de opleiding *Orthopedagogie* en wetenschappelijke literatuur integreer binnen deze bachelorproef.

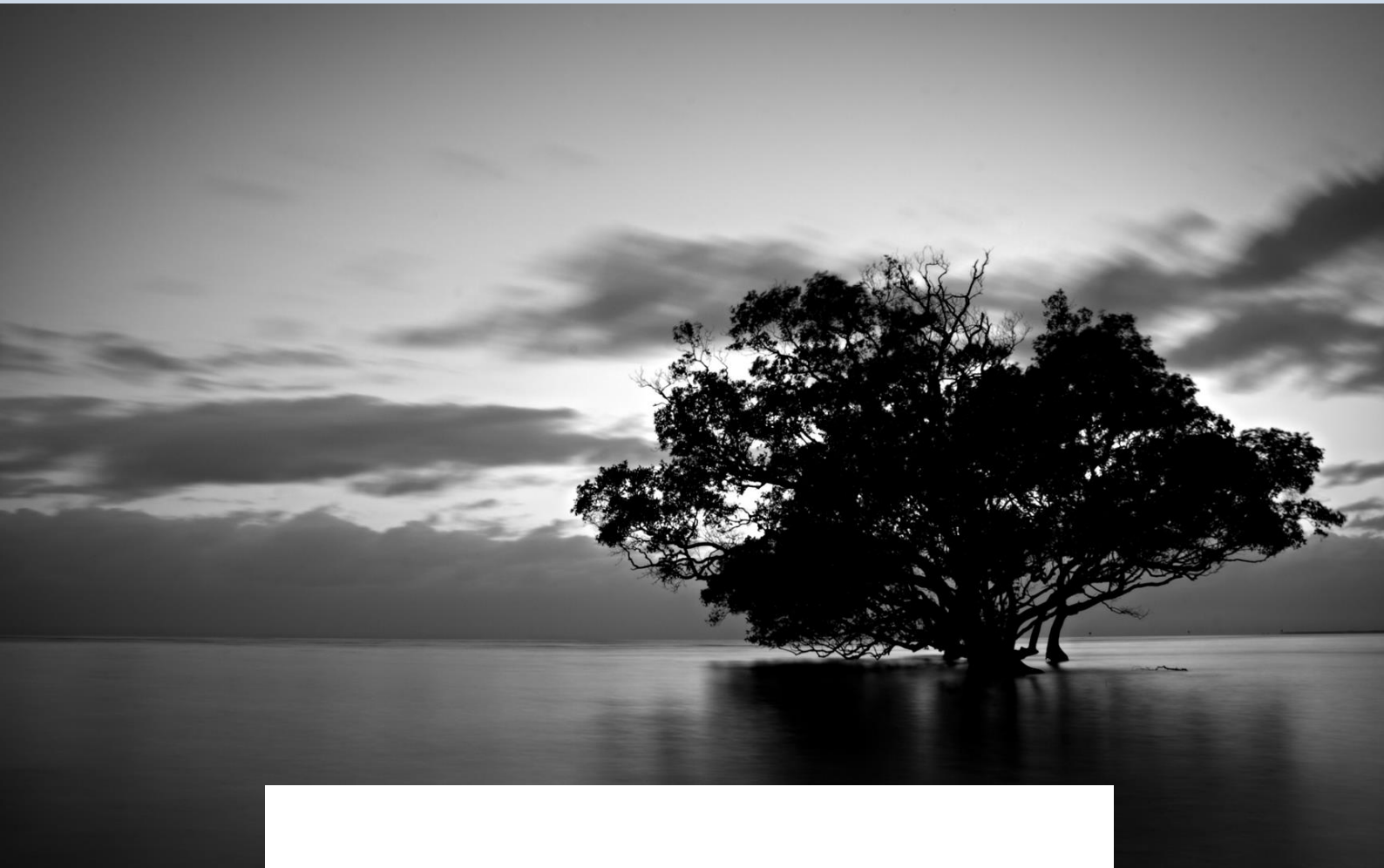
Mijn bachelorproef bestaat uit een aantal delen.

Ten eerste situeert mijn onderzoeksvraag zich binnen het *orthopedagogisch grondplan* en het *biopsychosociaal model*. Door middel van deze twee modellen wordt de persoonlijke en professionele relevantie van de gekozen onderzoeksvraag duidelijk voor de *PGO*.

Vervolgens werd er een literatuurstudie uitgevoerd. Deze literatuurstudie bestaat uit theoretische uitleg over de etiologie en de kenmerken van emotieregulatiestoornis.

Daarnaast wordt besproken hoe ervaringsdeskundigheid ingezet kan worden binnen de begeleiding van een cliënt met *ERS*. Binnen dit hoofdstuk wordt het concept *ervaringsdeskundigheid* gekaderd. De rol van de *ED* wordt besproken binnen de relatie met de hulpverlener, cliënt, naasten en de samenleving.

Tot slot formuleer ik een onderbouwde eindconclusie waarin er een antwoord wordt geboden op de vraag hoe ervaringsdeskundigheid ingezet kan worden binnen de begeleiding van (jong)volwassen cliënten met *ERS*.



1

SITUERING ONDERZOEKSVRAAG

1.1 ORTHOPEDAGOGISCH GRONDPLAN

In dit deel situeer ik mijn onderzoeksvraag in het orthopedagogisch grondplan. Deze bachelorproef situeert zich grotendeels binnen het **microniveau**. De focus ligt op het inzetten van ervaringsdeskundigheid binnen de begeleiding van (jong)volwassen cliënten met een emotieregulatiestoornis.

Uitval is een vaak voorkomend probleem binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. Bij cliënten met ERS is de kans op uitval groter. Er zijn verschillende voorspellende factoren voor uitval bij deze doelgroep. De belangrijkste voorspeller is de interactie tussen de cliënt en de hulpverlener. Daarom is het belangrijk om in te zetten op deze hulpverleningsrelatie zodat uitval zo veel mogelijk vermeden wordt. (Martino et al., 2012 & Borstal, 2015)

Binnen deze bachelorproef spelen er drie actoren een belangrijke rol: de cliënt met ERS, de hulpverlener en de ervaringsdeskundige. De focus ligt op de relatie en klimaat tussen deze actoren. Ook de naasten van een persoon met ERS en de samenleving zijn belangrijke actoren, maar worden beperkter besproken binnen deze bachelorproef.

Er is voor gekozen om de ervaringsdeskundige in te zetten binnen de samenwerking met de praktijkgerichte orthopedagoog of een andere hulpverlener, zonder ervaringsdeskundigheid in ERS. Vanuit mijn ervaringsdeskundigheid wil ik hulpverleners alert maken voor mogelijke valkuilen binnen de professionele grondhouding. Daarnaast bied ik handvaten aan die de PGO kan toepassen binnen de werkalliantie met personen met ERS.

Daarnaast is mijn onderzoeksvraag te situeren binnen het **mesoniveau**. De praktijkgerichte orthopedagoog ondersteunt kwetsbare doelgroepen. Personen met een psychiatrische problematiek, zoals ERS, zijn één van deze doelgroepen.

De PGO kan bijvoorbeeld tewerkgesteld worden binnen een leefgroep of psychiatrie met mensen die worstelen met een persoonlijkheidsstoornis, zoals ERS. Deze bachelorproef richt zich op de PGO en alle andere hulpverleners binnen de Gezondheids- en welzijnszorg. Daarom vormt deze bachelorproef een meerwaarde binnen de opleiding *Orthopedagogie*.

Tot slot is mijn onderzoeksvraag van groot belang op het **macroniveau**. Tijdens mijn eigen ambulante en residentiële hulpverlening merkte ik dat ERS een negatieve connotatie heeft bij de meeste hulpverleners. Er werden vaak onwenselijke eigenschappen toegeschreven aan mijn voelen, denken en handelen. Er heerst nog te veel stigma over ERS en te weinig kennis. Door middel van deze bachelorproef wil ik hulpverleners en anderen sensibiliseren over het thema *emotieregulatiestoornis*.

1.2 BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

Mijn onderzoeksvraag situeer ik ook in de psychiatrische theorie. Binnen deze bachelorproef spelen het biologisch, psychologisch en sociaal model een rol.

Mijn bachelorproef situeert zich hoofdzakelijk binnen het **sociaal model**. De ED wordt ingezet met als doel om de hulpverleningsrelatie tussen de cliënt en de hulpverlener te bevorderen.

Het biologisch en psychologische model komen aan bod binnen het hoofdstuk *literatuurstudie*. Hierin wordt onder andere de etiologie van ERS besproken.

Het biologisch model omvat een aantal gevolgen van vroegkinderlijke traumatische gebeurtenissen op de werking van de hersenen. Het psychologisch model bespreekt persoonlijkheidskenmerken die een voorspellende factor kunnen zijn voor het ontwikkelen van ERS.



2

LITERATUURSTUDIE

2.1 WAT IS EMOTIEREGULATIESTOORNIS?

“It is both a blessing and a curse to feel everything so very deeply.”

- David Jones

2.1.1 DSM-5

De DSM-5¹ onderscheidt negen criteria om de diagnose *borderline-persoonlijkheidsstoornis* te stellen. De criteria moeten zich voordoen in verschillende contexten. Wanneer de persoon aan minstens vijf van de negen criteria voldoet, kan men de diagnose van *BPS/ERS* stellen. Niet iedereen die worstelt met ERS ervaart al deze criteria. De ernst, frequentie en duur van de criteria verschilt per individu. (American Psychiatric, 2013)

Meestal stelt een psychiater de diagnose rond de leeftijd van 18 jaar, tussen de adolescentie en de vroege volwassenheid. (American Psychiatric, 2013)

De DSM-5 is een handig classificatiesysteem. Toch is het belangrijk om er met een kritische blik naar te kijken. Volgens Nederlandse hoogleraar in de psychiatrie, Jim van Os (2017), wordt de DSM nog te vaak gebruikt als een diagnostisch systeem om mensen te labelen en in vakjes te plaatsen. Dit terwijl de DSM eigenlijk een classificatiesysteem is. Van Os pleit voor een meer persoonlijke diagnostiek.

Op basis van bovenstaande reden, worden de criteria van ERS geïllustreerd aan de hand van mijn persoonlijke ervaringen. Daarom wordt er vanuit de *ik-vorm* geschreven. Het psychisch lijden dat ik (en zoveel anderen) ervaarde(n), is onbeschrijflijk en niet samen te vatten. Hieronder is slechts het topje van de ijsberg neergeschreven.

2.1.1.1 CRITERIA

Als kind groeide ik op in een onveilige thuisomgeving. Mijn vader worstelde met een drugsverslaving en pleegde dagelijks fysiek geweld naar mijn mama toe. Tijdens haar zwangerschap van mij, dwong mijn vader haar om drugs te gebruiken. Hij overleed door suïcide. In een volgende relatie werd mijn mama opnieuw slachtoffer van intrafamiliaal geweld. Ook op de basisschool voelde ik mij niet veilig, omdat ik jarenlang gepest werd.

Deze ingrijpende levensgebeurtenissen waren op dat moment te zwaar voor mij om te dragen als kind. Ik ervaarde een **chronisch gevoel van leegte**. Ik had het gevoel dat ik niemand was en worstelde met een **aanhoudend instabiel zelfbeeld** en **dissociatieve verschijnselen**.

Doorheen mijn kinder- en puberteit ervaarde ik **periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid en angst**. Het psychisch lijden was zo groot dat ik niet meer wilde kiezen voor het leven. Ik deed tussen mijn twaalf- en achttien jaar **meerdere suïcidepogingen**.

Toen ik twaalf jaar was, deed ik een eerste suïcidepoging. Hierdoor werd ik via spoed opgenomen in de kinder- en jeugdpsychiatrie van het UZ Leuven. Hier verbleef ik enkele maanden.

Ik worstelde met het reguleren van mijn emoties. Ik was boos op de man die mijn vader moest zijn, ik was boos op mijn mama die mijn emotioneel lijden niet zag, ik was boos op de hele wereld. Deze **kwaadheid** kon ik **moeilijk beheersen** en stelde destructief gedrag naar mezelf toe. Via **automutilatie** probeerde ik de focus van mijn emotionele pijn om te zetten naar fysieke pijn. Automutileren had voor mij een spanningsreducerende functie.

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vijfde editie (DSM-5).

Dit is een internationaal classificatiesysteem waarin psychiatrische stoornissen en hun criteria omschreven staan op basis van wetenschappelijke inzichten.

Twee jaar later, in 2014, deed ik opnieuw een suïcidepoging. Ook toen werd ik via spoed opgenomen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ik kampte met dezelfde problemen als voordien. Ik had nog steeds geen handvaten om mijn gedachten en emoties te reguleren. Dit manifesteerde zich meer en meer door middel van agressie en automutilatie. Doorheen mijn verblijf in de psychiatrie, hebben de zorgverleners mij vaak gefixeerd en geïsoleerd naar aanleiding van agressief- en/of suïcidaal gedrag.

Wanneer ik na een aantal maanden ontslagen werd in het ziekenhuis, besloot ik psychotherapie op te starten. Ik ging hulp vragen aan verschillende psychologen. Ik haalde mijn moed bij elkaar om mijn verhaal te delen, maar werd telkens doorverwezen omdat mijn problematiek “*te complex*” was. Dit veroorzaakte wantrouwen tegenover de hulpverlening. Ik had het gevoel dat niemand mij hielp of begreep.

In 2018 begon ik aan de opleiding *Toegepaste Psychologie*. Ik was toen achttien jaar. 2018 was ook het jaar waarin ik de diagnose van *borderline-persoonlijkheidsstoornis* kreeg. Op doorverwijzing van een psychiater startte ik Dialectische gedragstherapie op aan het UPC, in combinatie met antipsychotica.

Wanneer mijn relatie van twee jaar stukliep, besloot ik in 2019 **impulsief** om mijn studie stop te zetten. Opnieuw deed ik een suïcidepoging. Op deze manier probeerde ik mijn toenmalige partner bij mij te houden. Ik kamp met een grote angst om verlaten te worden door familie, vrienden of mijn partner. Ik probeer via elke mogelijke manier te **voorkomen om in de steek gelaten te worden**.

Deze laatste suïcidepoging had een bijna dodelijke afloop. Ik verbleef enkele dagen op *intensieve zorgen*. Tijdens mijn opname in het ziekenhuis liet het UPC weten dat ik mijn ontslag kreeg wegens contractbreuk; “*DGT is een op-het-leven-gericht behandelingsprogramma*.” Weerom een negatieve ervaring binnen mijn hulpverleningstraject.

Kortom; elke **emotie, vriendschap of relatie voelt intens aan**. Het psychisch lijden dat ik doorheen mijn adolescentie ervaarde, was op een bepaald moment zo groot dat ik om euthanasie vroeg.

Jarenlang werd ik van hulpverlener naar hulpverlener gestuurd. Hierdoor ervaarde ik moeilijkheden met het opbouwen van een constructieve werkrelatie met een professional. De eerlijkheid gebiedt mij te zeggen dat ik een lange tijd boosheid ervaarde tegenover de hulpverlening. Ondertussen leerde ik veel bij over de hulpverlening en mezelf. Door middel van deze bachelorproef wil ik mijn unieke gevoeligheid inzetten om anderen te ondersteunen, inclusief de zorgverlener.

Op dit moment ben ik 23 jaar. Na een lange zoektocht, kwam ik enkele jaren geleden in contact met *Linde*, een psycholoog bij wie ik mij veilig voel. Ik word nog steeds opgevolgd door haar. Ik vind deze nazorg belangrijk voor mij als individu en als PGO.

Ondertussen sta ik voldoende ver in mijn herstelproces. Ondanks de uitdagingen die ERS met zich meebrengt, omarm ik het als een deel van mijn verhaal. Mijn eigen gevoeligheid verbindt me met de kwetsbaarheid van anderen. Herstel betekent niet dat ik geen emotionele uitdagingen meer heb. Het betekent wel dat ik groei in het herkennen en reguleren van emoties.

2.1.2 ETIOLOGIE

Het ontstaan van ERS heeft nooit één oorzaak. Het ontstaat door een combinatie van (risico)factoren op biologisch-, psychologisch- en sociaal gebied (zie bijlage 1).

Het is als praktijkgerichte orthopedagoog van groot belang om kennis te hebben van het ontstaan van psychopathologie. Hierdoor kan je gedragingen van de cliënt mogelijk beter begrijpen.

De aanwezigheid van onderstaande risicofactoren betekent niet dat iemand altijd ERS zal ontwikkelen. Elke persoon is uniek en moet daarom individueel bekeken worden.

2.1.2.1 BIOLOGISCHE FACTOREN

We weten vanuit het opleidingsonderdeel *Biomedisch kader* dat emoties een biochemische basis hebben. Ook bij ERS speelt biologie een rol. De PGO is mee verantwoordelijk voor het welzijn van de cliënten. Daarom is het belangrijk om basiskennis te verwerven over biochemische processen van het menselijk lichaam. Op deze manier bouwt de PGO kennis op over het ontstaan van psychopathologie. (Fierens & Olieslagers, 2021)

Verskillende onderzoeken tonen aan dat vroegkinderlijke traumatische ervaringen aan de basis liggen bij het ontwikkelen van ERS. Deze ingrijpende ervaringen hebben invloed op de ontwikkeling van de hersenen. Traumatische ervaringen kunnen leiden tot een toestand van hyperarousal in de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (HPA-as). Hierdoor ontstaat er in de hippocampus een toename van het stresshormoon, genaamd cortisol. (Maniam et al., 2014 ; Cattane et al., 2017 ; Bozzatello et al., 2021)

De langdurige activering van dit stressresponsysteem in combinatie met weinig of een afwezigheid van protectieve factoren is schadelijk voor de ontwikkeling van de hersenen. Het heeft een negatief effect op het leren, geheugen, gedrag, emoties en de executieve functies. (Maniam et al., 2014 ; Cattane et al., 2017 ; Bozzatello et al., 2021)

Ingrijpende levensgebeurtenissen hebben ook een invloed op de aanmaak en werking van neurotransmitters², zoals; serotonine, dopamine, noradrenaline en glutamaat. Deze overdrachtsstoffen hebben een grote invloed op ons emotioneel welbevinden. Een tekort aan bijvoorbeeld serotonine en/of dopamine heeft een negatieve invloed op onder andere onze stemming, emoties, zelfvertrouwen, het ervaren van geluk en het geheugen.

Daarnaast is er wetenschappelijk bewijs gevonden dat er nog andere biologische systemen betrokken zijn bij het ontstaan van BPS, zoals de neuroplasticiteit en het endogene opioïde systeem. Hier ga ik niet dieper op in. Dit zou ons binnen deze bachelorproef te ver leiden. (Cattane, 2017)

2.1.2.2 PSYCHOLOGISCHE FACTOREN

Daarnaast spelen er psychologische factoren een rol in het ontstaan van ERS. Uit onderzoek van de neurowetenschapper Bozzatello en collega's (2019) blijkt dat er een aantal intrapsychische factoren zijn die een voorspellende factor vormen voor het ontwikkelen van ERS, waaronder het temperament en de persoonlijkheidskenmerken van een kind.

Een aantal voorbeelden van deze voorspellende persoonlijkheidskenmerken zijn: emotionele instabiliteit, beperkte emotieregulatie of neuroticisme, negatieve affectiviteit, beperkte agressieregulatie en impulsiviteit.

² Neurotransmitters zijn biochemische stoffen die zenuwcellen gebruiken om te communiceren met elkaar. Dit doen ze via het overdragen van zenuwimpulsen in de synapsen. Neurotransmitters worden daarom ook overdrachtsstoffen genoemd. (Fierens & Olieslagers, 2021)

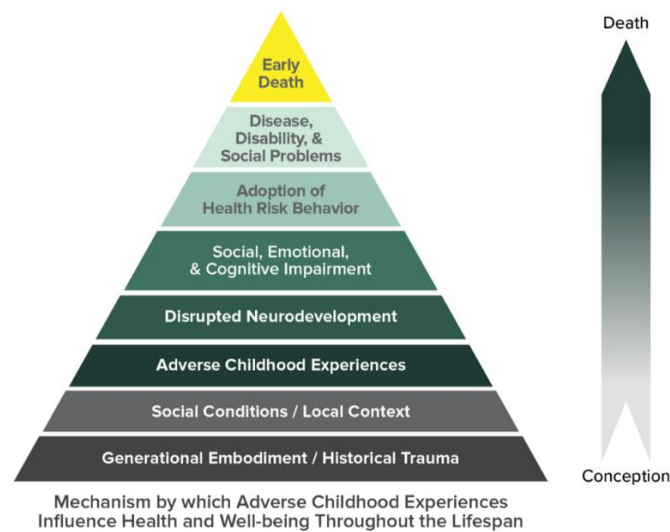
2.1.2.3 SOCIALE- OF OMGEVINGSFACTOREN

Tot slot speelt de omgeving een rol in het al dan niet ontwikkelen van psychopathologie. ERS-kenmerken ontstaan meestal door Adverse Childhood Experiences of ACE. Dit zijn vroegkinderlijke traumatische ervaringen.

Uit het onderzoek van GZ-psycholoog Zashchirinskaia en psychoanalyticus Isagulova (2023) vond men een positieve correlatie tussen traumatische ervaringen tijdens de kindertijd en het ontwikkelen van ERS-kenmerken.

Voorbeelden van traumatische ervaringen zijn: slachtoffer zijn van seksueel misbruik, mishandeling, emotionele- en/of fysieke verwaarlozing en pesterijen. Ook een prenatale maternale stress en drugsgebruik van de ouder(s) blijken voorspellende factoren te zijn voor het ontwikkelen van ERS. (Ingenhoven et al., 2011 ; Schwarze et al, 2012 & DCD, 2021)

Op de onderstaande figuur is de ACE-piramide weergegeven. Deze toont de gevolgen van langdurige stress en traumatische ervaringen tijdens de kindertijd op de neurologische, emotionele en sociale ontwikkeling van een persoon. (CDC, 2021 & Van Loon, 2021)



Volgens van Os en collega's (2017) kunnen deze ACE's leiden tot een onveilige hechting met de ouder(s) of zorgverleners van het kind. Daarom wordt ERS vaak in verband gebracht met een hechtingsproblematiek.



3

ERVARINGSDESKUNDIGHEID

3.1 WAT IS ERVARINGSDESKUNDIGHEID?

3.1.1 TERMINOLOGIE

Om te begrijpen wat ervaringsdeskundigheid is, licht ik eerst enkele termen toe. Voor dit deel werd er gebruikgemaakt van het *Globaal plan ervaringsdeskundigheid*, geschreven door Van Speybroeck (2018).

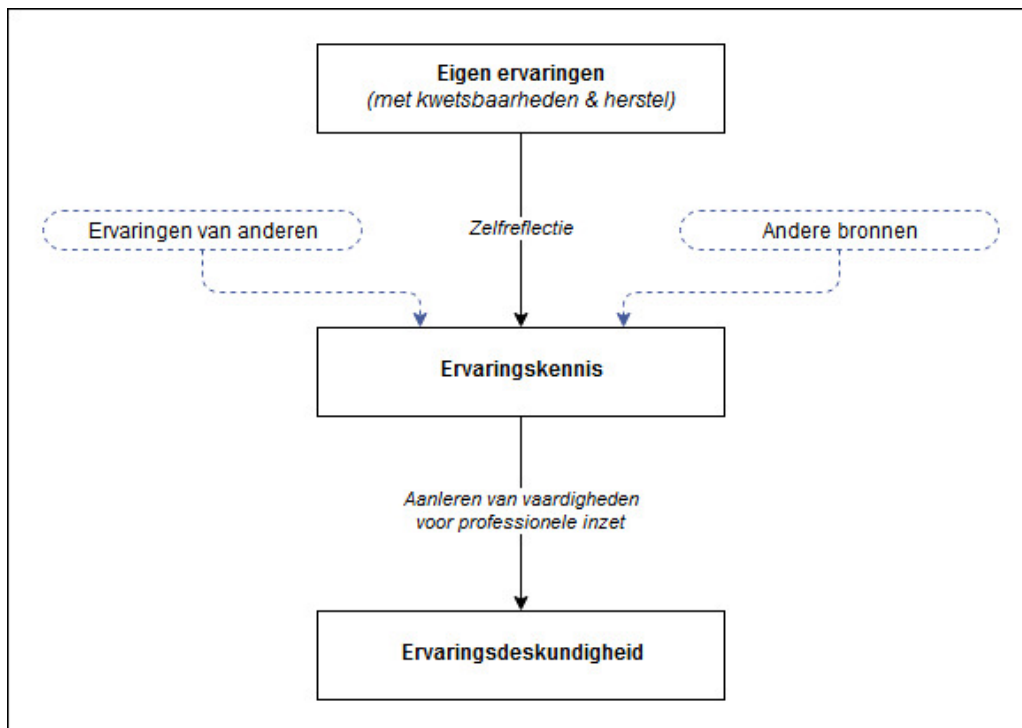
Mensen doen positieve of negatieve **ervaringen** op doorheen hun leven. Enkele voorbeelden van ingrijpende, negatieve ervaringen zijn: het worstelen met een verslaving, leven in armoede of het lijden aan een psychische kwetsbaarheid zoals ERS. Deze ervaringen vormen een bron van kennis. De persoon ontwikkelt besef over de eigen persoonlijke kwetsbaarheden en herstelmogelijkheden. Hierdoor ontstaat er zelfreflectie. De persoon ontwikkelt een beter beeld over de eigen zorgnoden. Dit wordt de *ik-kennis* genoemd. Het louter hebben van persoonlijke ervaringen is niet voldoende om te spreken van een ervaringsdeskundige.

Daarnaast bouwt de persoon kennis op over *wij*. Dit ontstaat door het delen van ervaringen met anderen en het raadplegen van andere bronnen. Dit noemt **ervaringskennis**.

Deze ervaringskennis wordt door bijvoorbeeld een opleiding of ervaring in het werkveld concreter en uitgediept. Men gaat vaardigheden aanleren om deze kennis professioneel in te zetten. Hierdoor ontstaat **ervaringsdeskundigheid** en noemt men de persoon een **ervaringsdeskundige**.

Ervaringsdeskundigen leerden doorheen hun leven omgaan met negatieve, ingrijpende situaties. De ED kan de eigen ervaringen overdragen aan mensen met gelijkaardige ervaringen en aan mensen die deze ervaringen niet hebben, zoals hulpverleners zonder ervaringsdeskundigheid.

Hieronder ziet u een schema die de ontwikkeling van ervaring tot ervaringsdeskundigheid weergeeft.



Bron: Hilko Timmer, coördinator Bureau Herstel SBWU.

3.2 HOE KAN ERVARINGSDESKUNDIGHEID INGEZET WORDEN BINNEN DE BEGELEIDING VAN CLIËNTEN MET ERS?

Ervaringsdeskundigen kunnen ingezet worden op verschillende domeinen binnen de hulpverlening aan mensen met ERS, zoals; binnen de relatie met de hulpverlener, de cliënt, de naasten en de samenleving.

(Hendriksen-Favier et al., 2012 ; Boertien & Van Bakel, 2012 ; van Gestel-Timmermans et al., 2015)

3.2.1 DE ERVARINGSDESKUNDIGE IN RELATIE MET DE HULPVERLENER

“In my early professional years, I was asking the question: How can I treat, or cure, or change this person? Now I would phrase the question in this way: How can I provide a relationship which this person may use for his own personal growth?”

– Carl R. Rogers

Elke hulpverlener, waaronder de praktijkgerichte orthopedagoog, kan bijdragen aan een positieve verandering binnen de hulpverlening aan mensen met ERS.

Het is al een lange tijd geweten dat de hulpverleningsrelatie bepalend is voor het resultaat van de ondersteuning of behandeling van de cliënt. Een constructieve hulpverleningsrelatie correleert met een positieve behandelingsuitkomst. Daarom is het belangrijk om als (toekomstige) hulpverlener bewust te worden van de eigen basishouding en hiermee aan de slag te gaan. (Datz et al., 2019 ; Daansen et al., 2021).

Als ED wil ik mijn ervaringen delen met hulpverleners. Niet om hen met de vinger te wijzen, maar om als een brug te fungeren tussen de zorggebruiker en de zorgverlener.

Dit hoofdstuk is geen handleiding en biedt geen kant-en-klare oplossingen aan binnen de begeleiding van cliënten met ERS. Het doel van dit hoofdstuk is om de hulpverlener te sensibiliseren rond ERS, inzicht te geven in de eigen houding en om de interacties tussen de hulpverlener en de cliënt met ERS positief te beïnvloeden.

Er zijn verschillende aspecten waarin een ED de hulpverlener kan ondersteunen. In functie van mijn bachelorproef worden er slechts een specifiek aantal aandachtspunten en handvaten geformuleerd. Doorheen mijn eigen hulpverleningstraject ervaarde ik regelmatig stigma en negatieve tegenoverdracht van de hulpverlener. Er was bij de professional vaak een gebrek aan inzicht in de eigen houding en kennis over het omgaan met ERS-kenmerken.

De onderstaande aandachtspunten en handvaten zijn geformuleerd op basis van mijn persoonlijke ervaringen, mondelinge bronnen; bestaande uit ervaringen van andere personen met ERS en tot slot wetenschappelijke literatuur.

3.2.1.1 STIGMATISERING VAN BPS/ERS

“Onbekend maakt onbemind.”

Cliënten met een *borderline- persoonlijkheidsstoornis* zijn de meest gestigmatiseerde doelgroep onder hulpverleners, in vergelijking met andere personen met een psychiatrische problematiek. (Knaak et al., 2015)

Erving Goffman, een Canadese auteur en socioloog, introduceerde in 1963 het begrip *stigmatisering* binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hij voerde baanbrekend onderzoek naar de interacties en sociale situaties binnen psychiatrische ziekenhuizen.

Goffman omschrijft stigmatisering als een *“negatieve vorm van sociale interactie waarbij machtsverschillen tussen mensen met en zonder psychiatrische problematiek kenmerkend zijn”*. Stigmatisering heeft invloed op het lichamelijk, emotioneel, sociaal en professioneel leven van de persoon met een psychiatrische kwetsbaarheid. (Schnabel, z.d.; Goffman, 1963 ; Hoogedoorn, 2015)

Uit onderzoek van Bonnington en Rose (2014) blijkt dat hulpverleners een stigmatiserende houding aannemen tegenover cliënten met ERS. De participanten van dit onderzoek bestaan uit verpleegkundigen, psychologen en orthopedagogen. Hulpverleners binnen de sociale sector geven aan cliënten met ERS te ervaren als *moeijlijk, manipulatief, aandacht zoekend, gevaarlijk* en geven zelfs aan de begeleiding of behandeling van deze doelgroep te ervaren als *tijdverspilling*.

Uit een studie van Dickens et al. (2016) blijkt dat hulpverleners minder empathie ervaren tegenover een persoon met ERS. De zorg- en hulpverleners die deelnamen aan dit onderzoek gaven aan meer nood te hebben aan psycho-educatie rond deze doelgroep.

Ook Bakker en Beazley (2022) voerde internationaal onderzoek naar de attitudes van hulpverleners tegenover cliënten met ERS. Het onderzoek bestaat uit verschillende cross-sectionele enquêttestudies. Ook uit deze resultaten bleek dat ERS(-kenmerken) door hulpverleners binnen de Geestelijke Gezondheidszorg geassocieerd wordt met negatieve en stigmatiserende attitudes.

De onderzoeksresultaten van bovenstaande studies zijn erg schokkend, maar jammer genoeg niet verrassend. Het geheel voorkomen van stigmatisering binnen de hulpverlening is een utopie. Er kan wel, met behulp van een ED, meer ingezet worden op o.a. het vergroten van bewustwording, sensibilisering en het geven van psycho-educatie rond ERS. Het is van groot belang om cliënten als personen te benaderen en niet als hun diagnose.

Knaak et al. (2015) voerde een pre-post-onderzoek naar de attitudes van hulpverleners ten aanzien van cliënten met ERS. In het pre-onderzoek werd er een positieve correlatie gevonden tussen ERS en een negatieve houding van de hulpverlener, zoals; het ervaren van frustratie, boosheid en stigma. In het postonderzoek kregen de hulpverleners psycho-educatie rond ERS en dialectische gedragstherapie. Uit het onderzoek kwamen twee interessante conclusies.

Er is sprake van een afname in de negatieve attitudes bij de hulpverleners na het krijgen van psycho-educatie. Daarnaast werd er ook een positieve correlatie gevonden tussen een constructieve attitude ten aanzien van cliënten met ERS en hulpverleners die zelf ooit worstelden met een psychiatrische problematiek. De conclusie van dit onderzoek is dat er een grote behoefte is aan educatie en training van hulpverleners, gericht op het verbeteren van de attitudes ten aanzien van cliënten met ERS. Daarnaast blijkt ervaringsdeskundigheid een positief effect te hebben op de hulpverleningsrelatie. (Knaak et al., 2015)

Ook uit het onderzoek van Nieuwerth (2021), een psychiatrisch verpleegkundige, blijkt dat het inzetten van een ED een positieve invloed heeft op het empathisch vermogen van de hulpverleners tegenover de cliënten. Daarnaast sluit de hulpverlening beter aan op de noden van de cliënt.

Deze bevindingen tonen het belang van een ED aan. Deze kan de hulpverlener(s) psycho-educatie geven rond ERS. Dankzij de eigen ervaringen en inzichten van de ED hebben hulpverleners meer begrip en inzicht in de uitdagingen waarmee cliënten dagelijks geconfronteerd worden. Hierdoor neemt de kans op stigmatisering af, wat een positieve invloed heeft op het algemeen welbevinden van de cliënt en de hulpverleningsrelatie. (Gillard et al., 2014)

3.2.1.2 NEGATIEVE TEGENOVERDRACHT.

“Unexpressed emotions will never die. They are buried alive and will come forth later in uglier ways.”

- Sigmund Freud

Binnen de opleiding *Orthopedagogie* leren wij dat het als hulpverlener belangrijk is om ons bewust te zijn van onze gevoelens en handelingen tegenover de cliënt. Dit is theoretisch een mooi gegeven, maar in de praktijk wordt al snel duidelijk hoe moeilijk dat is.

Sigmund Freud (1910) introduceerde binnen de psychoanalyse twee belangrijke begrippen: *overdracht* en *tegenoverdracht*. Overdracht is het verplaatsen van positieve of negatieve gevoelens door de cliënt. Het is een, vaak, onbewust proces waarbij de cliënt emoties en ideeën uit de kindertijd overdraagt naar hedendaagse situaties, zoals een gesprek met de hulpverlener.

Tegenoverdracht kan op verschillende manieren tot stand komen. Binnen deze bachelorproef ligt de focus op negatieve tegenoverdracht die ontstaat wanneer de hulpverlener (on)bewust eigen gevoelens of ervaringen overdraagt op de cliënt, als reactie op bepaald gedrag van deze cliënt. Tegenoverdracht wordt zichtbaar in emoties en gedrag. De hulpverlener voelt zich onzeker, verdrietig, schuldig of boos en gaat niet meer vanuit een objectieve houding handelen. (van Delft, 2015)

Over de eigen emoties praten als hulpverlener is vaak nog taboe op de werkvloer. (Kootstra & de Boer, 2021)

Hulpverleners beschrijven zichzelf als experts in het helpen van andere mensen. Ze vergeten echter vaak dat zij zelf ook mens zijn. Een mens met eigen kwetsbaarheden en gevoeligheden, die aandacht verdienen. Ook een *expert* heeft gevoelens en triggers. Het is onderdeel van ons mens zijn. De ED kan via supervisie de professional psycho-educatie, ondersteuning en coaching bieden met betrekking tot overdrachtsgevoelens.

Volgens de psychotherapeuten Draijer en Nicolai (2020), is tegenoverdracht schooloverstijgend en kan het elke hulpverlener overkomen. Het is niet ongewoon. Wel is het belangrijk om als PGO negatieve tegenoverdracht te (h)erkennen en bespreekbaar te maken. Het negeren van tegenoverdrachtsgevoelens kan leiden tot het vastlopen of beëindigen van de hulpverlening.

Dankzij supervisie met een ED kan de PGO vermijden dat deze overdrachtsgevoelens een nefaste invloed hebben op de manier waarop die omgaat met de cliënt. Het leren kennen en controleren van de eigen emotionele reacties kan ruimte geven om zichzelf en de ander beter te begrijpen en bevordert de hulpverleningsrelatie. (van Delft, 2015)

Negatieve tegenoverdracht heeft niet enkel een nefaste invloed op de werkalliantie, maar ook op het welzijn van de hulpverlener. Zoals eerder vermeld, wordt tegenoverdracht bij de hulpverlener zichtbaar in emoties en gedrag. Alle emoties hebben een signaalfunctie. De hulpverlener dient deze instrumenteel in te zetten binnen de hulpverleningsrelatie. Het is essentieel dat er ruimte is voor het uiten en ontlasten van eventuele schuldgevoelens en onzekerheden. Daarnaast neemt het risico op compassiemoeheid en burn-out af door transparant te communiceren over de eigen gevoelens. (Draijer & Nicolai, 2020)

3.2.1.3 SUÏCIDE

Acht tot tien procent van de mensen met ERS overlijdt ten gevolge van suïcide. Daarom is het belangrijk om aandachtspunten en handvaten rond suïcide apart te bespreken. Suïcidaal gedrag is één van de negen criteria van ERS binnen de DSM-5.

Zoals eerder vermeldt in de *inleiding* vormen personen met ERS een risicogroep wat betreft suïcide. Ook ik worstelde een lange tijd met suïcidale gedachten, net zoals 84% van de mensen met ERS.

(Brickman et al., 2014; Linehan, 2016; Eurelings Bontekoe et al., 2017 ; Yen et al., 2021)

Ik ervaarde verschillende soorten reacties van hulpverleners op mijn suïcidale gedachten en gedragingen: handelingsverlegenheid, het isoleren in een afzonderingsruimte, mijn zelfmoordgedachten niet serieus nemen of mij op andere gedachten willen brengen. Geen één van deze handelingen ervaarden de mondelinge bronnen of ik als helpend.

Als ED is het zinvol om hulpverleners alert te maken voor deze valkuilen. De ED kan hulpverleners via psycho-educatie en coaching ondersteunen om constructief te handelen tegenover suïcidaal gedrag.

VAN HANDELINGSVERLEGENHEID NAAR HANDELINGSBEREIDHEID

Handelingsverlegenheid is het twijfelen om te handelen, niet weten hoe te handelen of helemaal niet handelen in een situatie. Bij handelingsverlegenheid ervaren professionals vaak gevoelens van ongemak en machteloosheid. (Grenswijs, z.d.)

Handelingsverlegenheid bij hulpverleners kan verschillende oorzaken hebben, zoals; een gebrek aan kennis of ervaring, onduidelijkheid rond de interpretatie van signalen van de cliënt en/of een onveilig gevoel. (Grenswijs, z.d.)

Volgens van der Helm (z.d.), lector *Residentiële Jeugdzorg* en hoogleraar *Onderwijs en Zorg* aan de Universiteit van Amsterdam, kan dit nefaste gevolgen hebben voor de hulpverleningsrelatie. Vaak gaat men vanuit deze handelingsverlegenheid het suïcidaal gedrag van de cliënt (onbewust) negeren, de cliënt separeren of zelfs overplaatsen naar een andere voorziening. Hierdoor ontstaat er een afstand tussen de cliënt en de hulpverlener.

Vaak gaan hulpverleners vanuit handelingsverlegenheid inzetten op toezicht houden in plaats van verbondenheid creëren. Ook straffen is een mogelijk gevolg van deze handelingsverlegenheid. Deze handelingen kunnen de autonomie van de cliënt belemmeren. (van der Helm, z.d.)

Klinisch psycholoog Meijer-Rozema et al. (2022) voerde onderzoek naar suïcidepreventietraining bij hulpverleners. Handelingsverlegenheid bij professionals in het omgaan met suïcide is één van de grootste obstakels binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit zou mogelijks het gevolg zijn van onvoldoende educatie.

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan of educatie rond suïcide van de hulpverlener leidt tot een verbetering van kennis, (gespreks)vaardigheden en zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidaal gedrag van jongvolwassen cliënten.

Uit de studie van Meijer-Rozema en collega's werden een aantal positieve, significante correlaties teruggevonden tussen; 'educatie en zelfvertrouwen', 'vaardigheden en zelfvertrouwen' en 'kennis en vaardigheden'.

Als hulpverlener is het belangrijk om signalen van handelingsverlegenheid te (h)erkennen, te bespreken en deze om te zetten in handelingsbereidheid. Hierbij staat het maximaal inzetten van zelfvertrouwen en vaardigheden centraal.

De professional kan samen met een ED nadenken over de oorzaken die de hulpverlener handelingsverlegen maken. Op deze manier kan er in teamverband gekeken worden naar wat de professional nodig heeft om tot handelingsbereidheid te komen. Kennis rond suïcide en ERS blijkt een belangrijke voorspeller te zijn voor handelingsbereidheid. Daarom is het een meerwaarde om een ED in te zetten. Deze kan de professionals psycho-educatie geven rond specifieke kenmerken van ERS, zoals suïcide.

VAN MYTHES NAAR FEITEN

Er bestaan bij hulpverleners en mensen in het algemeen een aantal mythes of misverstanden over zelfdoding. (Zelfmoordlijn 1813, z.d.)

Zoals eerder beschreven, wordt een gebrek aan betrouwbare kennis rond suïcide in verband gebracht met handelingsverlegenheid. De onderstaande mythes kunnen handelingsverlegenheid in standhouden. Hierdoor worden suïcidegedachten vaak niet serieus genomen. (Zelfmoordlijn 1813, z.d.)

Een ED kan een belangrijke spelfiguur zijn binnen het doorbreken van een aantal vastgeroeste ideeën rond suïcide en kan samen met hulpverleners feiten in kaart brengen.

“Suïcidaal gedrag is een manier om aandacht te vragen.”

Een suïcidepoging is altijd een signaal dat de persoon niet meer verder kan leven met de huidige situatie. Het is een pijnkreet.

Zelfmoordgedachten of eerder suïcidaal gedrag is een grote risicofactor voor een suïcidepoging of overlijden ten gevolge van zelfdoding. (Zelfmoordlijn 1813, z.d.) Daarom dienen zelfmoordgedachten en een zelfmoordpoging altijd serieus genomen te worden.

“Het openlijk bespreken van suïcidale gedachten brengt mensen op ideeën.”

Denk je aan zelfdoding? Verschillende onderzoeken tonen aan dat hulpverleners vaak angst ervaren om deze vraag expliciet te stellen aan iemand met een (vermoedelijke) suïcide- problematiek. Dit komt doordat veel mensen de overtuiging hebben dat ze hierdoor de kans op een zelfmoordpoging vergroten. (Mathias et al., 2012 ; Dazzi et al., 2014 ; Christiaens, 2022)

Echter, tonen studies aan dat het vragen naar zelfmoordgedachten het risico op zelfdoding niet zou vergroten. Het bevragen van de suïcidale gedachten zou de kans op een zelfmoordpoging zelfs kunnen verkleinen. Personen die kampen met suïcidale gedachten- en/of plannen geven aan nood te hebben aan transparante communicatie over deze gevoelens en gedachten. (Mathias et al., 2012 ; Dazzi et al., 2014 ; Christiaens, 2022)

“Het toepassen van isolatie en afzondering beschermt de cliënt tegen zichzelf.”

Volgens Nederlandse auteur en docent *neurologie*, van Dam (2017), hebben hulpverleners vaak allerlei veronderstellingen binnen de begeleiding van personen die worstelen met suïcidegedachten.

Een veel voorkomende veronderstelling bij hulpverleners is dat de cliënt zichzelf geen leed zal toebrengen wanneer deze wordt afgezonderd, geïsoleerd of gefixeerd. Hulpverleners denken dat ze de cliënt beschermen door deze te isoleren. Dit is echter een denkfout. (van Dam, 2017)

Afzondering veroorzaakt extra emotionele pijn en eenzaamheid bij de cliënt. Het alleen dragen van suïcidegedachten is mogelijk 'erger' dan de gedachten op zich. Sociale isolatie of eenzaamheid is een grote risicofactor voor suïcide en moet daarom zo veel mogelijk vermeden worden. (van Dam, 2017 ; CDC, 2022).

Het is belangrijk om in contact te gaan met de persoon. Verbondenheid en steun zijn belangrijke protectieve factoren. Toon gepaste nieuwsgierigheid in de suïcidegedachten, zonder opdringen. Daarnaast veroorzaakt het isoleren van een cliënt afstand binnen de hulpverleningsrelatie. (van Dam, 2017)

“Ik moet de persoon op andere gedachten brengen.”

Neen. Dit kan jij als hulpverlener niet. Dit kan niemand.

Iemand die aan suïcide denkt, zit ‘vast’ in het emotionele brein. *“Op andere gedachten brengen”* gaat niet. Dit is een langdurig en soms levenslang proces. (van Dam, 2017)

Een PGO is opgeleid om zorg te dragen voor anderen, om anderen te helpen en te zoeken naar oplossingen. Dit zit in *de aard van het beestje*. Probeer in geval van suïcide niet onmiddellijk oplossingen aan te reiken. Dit is niet altijd waar de cliënt nood aan heeft. Bied een luisterend oor aan en laat tonen dat de cliënt er niet alleen voor staat. (Zelfmoordlijn 1813)

De reeds besproken aandachtspunten en handvaten hebben niet als doel om een suïcidepoging te vermijden of om de cliënt op andere gedachten te brengen. De handvaten hebben als doel om de afstand tussen de hulpverlener en de persoon met ERS te verkleinen en de verbondenheid te vergroten. Ze hebben een positieve invloed op de hulpverleningsrelatie. (van Dam, 2017)

Is er zekerheid dat de persoon geen suïcide pleegt? Neen.

Is er contact en verbondenheid gegarandeerd? Ja.

3.2.2 DE ERVARINGSDESKUNDIGE IN RELATIE MET DE CLIËNT MET EMOTIEREGULATIESTOORNIS

“De meerwaarde van een ervaringsdeskundige is dat hij kijkt vanuit een herstelperspectief, gezien vanuit de patiënt.”

- Wilma Boevink (2017)

Binnen de herstelondersteunende zorg van de cliënt, kan de ED verschillende rollen opnemen, zoals; de bruggenbouwer, beeldvormer, lotgenoot, hoopverlener en krachtverlener. (Van Speybroeck, 2018)

3.2.2.1 BRUGGENBOUWER

De ED vervangt de hulpverlener niet. De ED vormt een brug tussen de cliënt en de hulpverlener(s) en draagt op deze manier bij aan wederzijds begrip en gelijkwaardig samenwerken. Het doel is om te evolueren van een *wij-zij*-denken naar een *wij-wij*-denken.

Deze brugfunctie is ook terug te vinden binnen de reeds besproken handvaten voor de hulpverlener. Deze hebben rechtstreeks een positieve invloed op de hulpverleningsrelatie. Een constructieve werkalliantie heeft op haar beurt een positieve impact op het welzijn van de cliënt.

Daarnaast kan een ED ook een brug vormen tussen de cliënt en de naasten. Dit komt later aan bod onder de titel *3.2.3 De ervaringsdeskundige binnen de relatie met naasten*.

3.2.2.2 BEELDVORMER

Net zoals bij de hulpverlener, kan de ED ook voorlichting geven aan de cliënt met ERS.

Uit een kleinschalig onderzoek van Nieuwerth (2021) blijkt dat cliënten binnen de psychiatrie behoefte hebben aan een ED binnen het hulpverleningstraject. De participanten geven aan nood te hebben aan erkenning, psycho-educatie en handvaten rond het omgaan met hun problematiek.

De dag waarop ik de diagnose *ERS* kreeg, was voor mij erg moeilijk. Ik begreep niets van de *stempel* die ik kreeg en had enorm veel vragen. Hoe meer ik op het internet op zoek ging naar antwoorden, hoe verdrietiger ik werd. Ik had op dat moment enorm veel nood aan iemand die mij op een laagdrempelige, niet-veroordelende manier kon uitleggen waarom en hoe bepaalde gevoelens, gedachten en reacties ontstaan.

3.2.2.3 LOTGENOTENCONTACT

Een ED overwon diverse obstakels in het eigen leven. De ED heeft een unieke rol en fungeert als een lotgenoot doorheen het herstelproces van de cliënt met ERS.

Cliënten vinden het vaak makkelijker om contact aan te gaan met een ED, dan met een hulpverlener (zonder ervaringsdeskundigheid). Dit komt doordat de ED zelf ook ooit cliënt was. Het contact is laagdrempeliger doordat de cliënt weet dat de ED gelijkaardige ervaringen heeft opgedaan doorheen het leven. Dit scheidt vaak ook een gevoel van vertrouwen en veiligheid. De gedeelde ervaringen motiveert de cliënt om meer over zichzelf te vertellen. (Hoeymans, 2015)

Een internationale studie van Gillard et al. (2015) toont aan dat ervaringsdeskundigheid een positieve invloed heeft op de kwaliteit van het leven van cliënten binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. De cliënten die contact hadden met een ED geven in het onderzoek aan meer zelfvertrouwen te hebben en minder sociale isolatie te ervaren, tegenover cliënten die niet ondersteund werden door een ED. Daarnaast voelden de cliënten zich beter begrepen. De onderzoekers brengen dit in verband met de eigen ervaringen en empathische luistervaardigheden van de ED.

Ik wil hierbij een belangrijke, kritische noot maken. Een ED deelt soortgelijke ervaringen met de cliënt, maar iedereen beleeft ervaringen en emoties anders. Volledig begrijpen wat de ander beleeft, zullen we mogelijk nooit doen.

3.2.2.4 KRACHTVERLENER

Vervolgens is ervaringsdeskundigheid een belangrijke bron voor krachtgericht werken en empowerment. (Gillard et al., 2015)

Empowerment wordt door Hendrickx (2021) omschreven als een proces van *'meer power'* die mensen krijgen door de versterking van de eigen krachten. Centraal staat dat mensen zelf greep krijgen op de eigen situatie en omgeving. De negatieve aspecten in het leven worden verbeterd door de nadruk te leggen op de krachten en positieve factoren. Ook de invloed van de omgeving wordt onderzocht.

Empowerment is een gelaagd construct, wat zich afspeelt op drie niveaus; het individuele-, organisatieniveau, en het niveau van de samenleving. Empowerment draait om een interactie tussen deze niveaus. (Hendrickx, 2021)

De ED focust binnen individuele gesprekken op de krachten en mogelijkheden van de cliënt. Tijdens de hulpverlening ligt de focus vaak op de problematiek of het *'ziek zijn'*. Vaak leidt dit tot zelfstigmatisering bij de cliënt. Een ED laat cliënten inzien dat zij meer zijn dan hun problematiek. De focus ligt op de persoon in zijn geheel. (Hoeymans, 2015)

Daarnaast staat onafhankelijkheid centraal. Het behouden van autonomie vinden ervaringsdeskundigen belangrijk. De ED neemt de regie van de cliënt niet over. Ze nemen cliënten niet vast bij de hand om hen de weg te wijzen, maar ze zoeken samen met de cliënt naar hun eigen, unieke weg. De cliënt met ERS blijft verantwoordelijk voor zijn eigen herstelproces. (Hoeymans, 2015)

3.2.2.5 HOOPVERLENER

Bovendien functioneert de ED als een hoopverlener binnen de herstelondersteunde zorg van de cliënt.

Door het delen van de eigen ervaringen, creëert de ED hoop en inspiratie voor anderen met een psychische kwetsbaarheid. De ED laat zien dat herstel mogelijk is. (Gabral et al., 2014 ; Van Speybroeck, 2018 ; Janssens, 2021 ; Metis, z.d.)

3.2.3 DE ERVARINGSDESKUNDIGE IN RELATIE MET NAASTEN

Naasten van iemand met een psychische kwetsbaarheid vormen vaak een vergeten groep binnen de hulpverlening. Uit een studie van de Verenigde Staten blijkt dat familieleden van volwassen personen met ERS meer verdriet en angst ervaren, in tegenstelling tot de algemene bevolking. (Bailey & Grenyer, 2013 ; Pearce et al., 2017). Daarom is het belangrijk om ook hen te betrekken en te ondersteunen binnen de hulpverlening. Zij mogen niet vergeten worden.

Binnen deze bachelorproef ligt de focus hoofdzakelijk op de cliënt met ERS, de hulpverlener en de (cliënt-)ED. Echter, heeft ervaringsdeskundigheid niet enkel betrekking op de cliënt zelf.

Ook de naasten van een persoon met een psychische kwetsbaarheid maken een herstelproces door en hebben baat bij voorlichting en ondersteuning. Een familie-ervaringsdeskundige, afgekort als *familie-ED*, zou hen hierbij kunnen helpen. In functie van deze bachelorproef, wordt dit slechts beknopt besproken.

Doorheen mijn eigen hulpverleningstraject had ik weinig aandacht voor de emotionele pijn van mijn naasten. Echter, is het dankzij hen dat ik op de dag van vandaag mijn eigen kwetsbaarheden kan omarmen. Zij vorm(d)en een belangrijke actor binnen mijn herstelproces. Het betrekken van mijn gezin was cruciaal voor de sterke relatie die we nu hebben.

Een familie-ED werkt, net zoals een cliënt-ED, vanuit de eigen ervaring. De familie-ED heeft eigen ervaringen in contact met een naaste die een psychiatrische problematiek heeft (gehad). Net zoals bij de ED in ERS, is het van groot belang dat de familie-ED voldoende geëvolueerd is binnen het eigen herstelproces. (Franken, 2015)

De familie-ED vormt een bruggenbouwer tussen de hulpverlener en naasten en/of tussen de cliënt en naasten. De familie-ED kan psycho-educatie geven aan de naasten en een lotgenoot vormen. Kennis over ERS versterkt wederzijds begrip tussen de familieleden. Daarnaast hebben naasten het gevoel dat ze er niet alleen voor staan. (Franken, 2015)

Netwerk betrekken binnen de begeleiding van cliënten met ERS is van groot belang, zowel voor het welzijn van de naasten, de cliënt als voor de onderlinge relatie. (Franken, 2015)

3.2.4 DE ERVARINGSDESKUNDIGE BINNEN DE SAMENLEVING

Op macroniveau vervult de ED een belangrijke rol in het sensibiliseren van mensen over het thema *emotieregulatiestoornis*. Sensibilisering speelt een cruciale rol bij het verminderen van (zelf)stigma, vooroordelen en discriminatie tegenover mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het vergroot empathie en begrip in de samenleving. Bovendien biedt het inspiratie en hoop.

Daarnaast kan de ED een belangrijke rol spelen bij het vormgeven van beleid. Ervaringsdeskundigen kunnen de eigen ervaringen en inzichten delen met beleidsmakers en op deze manier bijdragen aan het verbeteren van de hulpverlening. Door deze input kunnen hulpverlening en beleidsmaatregelen mogelijk beter aansluiten op de hulpvraag van de cliënt met ERS. (Van Speybroeck, 2018)

Ondanks de groeiende vraag van cliënten naar ervaringsdeskundigen, blijkt het aantal ervaringsdeskundigen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen beperkt. (Vandewalle, 2015)

Professor aan de Faculteit *Sociale Wetenschappen* van de KU Leuven, Van Regenmortel (2017), voerde verschillende onderzoeken naar ervaringsdeskundigheid. Uit deze onderzoeken blijkt dat er weinig voorzieningen zijn die ervaringsdeskundigen een betaalde job aanbieden. De meeste onder hen voeren de functie van ED uit op vrijwillige basis en hebben dus geen betaald statuut.



4

BESLUIT

Deze bachelorproef zocht naar een antwoord op de vraag: *'Hoe kan ervaringsdeskundigheid ingezet worden binnen de begeleiding van (jong)volwassen cliënten met ERS?'.*

Uit de bevindingen blijkt dat een ervaringsdeskundige ingezet kan worden op verschillende domeinen binnen de hulpverlening aan mensen met ERS, zoals:

- a) psycho-educatie, coaching en ondersteuning bieden aan professionele hulpverleners;
- b) ondersteuning bieden bij het individueel herstelproces van de persoon met ERS door middel van psycho-educatie, lotgenotencontacten, krachtgericht werken, hoop bieden,...;
- c) ondersteuning bieden aan de naasten door middel van psycho-educatie en het vormen van lotgenotencontacten.
- d) het doorbreken van stigma binnen de maatschappij door de samenleving te sensibiliseren over ERS.

Belangrijk om te onthouden is dat ervaringsdeskundigheid geen vervanging is voor professionele hulpverlening. Wel vormt het een waardevolle toevoeging binnen de professionele hulpverlening aan mensen met een emotieregulatiestoornis. De combinatie van professionele kennis en ervaringsdeskundigheid kan een totaalpakket van zorg bieden aan de cliënt met ERS.

Opvallend is dat de meeste bronnen rond ervaringsdeskundigheid afkomstig zijn van Nederland, het Verenigd Koninkrijk of Australië. Hoewel België vooruitgang boekt in het inzetten van ervaringsdeskundigen, is er mogelijk nog ruimte voor verdere integratie van ervaringsdeskundigheid in de hulpverlening aan mensen met ERS of een andere psychiatrische kwetsbaarheid.



5

LITERATUURLIJST
& BIJLAGEN

5.1 LITERATUURLIJST

- American Psychiatric Association. (2013, juni). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, American Psychiatric Association.
- Bailey, R. & Grenyer, B. (2013, oktober). *Burden and Support Needs of Carers of Persons with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review*. Harvard Review of Psychiatry. Geraadpleegd op 24 april 2023, van https://journals.lww.com/hrpjournal/Abstract/2013/09000/Burden_and_Support_Needs_of_Carers_of_Persons_with.2.aspx
- Bak, M., Domen, P. & van Os, J. (2017). *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie*. [ePub], Leusden : Diagnosis uitgevers. Geraadpleegd op 19 maart 2023, van https://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=cttCDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq=Innovatief+leerboek+persoonlijke+psychiatrie.+Leusden:+Diagnosis+Uitgevers.&ots=XttL86NmTT&sig=CDLSKwK7qy3KZingTr1nsMJOjI0&redir_esc=y#v=onepage&q=pesten&f=false
- Bakker, J. & Beazley, P. (2022, juli). *Judging Personality Disorder: A Systematic Review Of Clinician Attitudes and Responses to Borderline Personality Disorder*. Journal of Psychiatric Practice. Geraadpleegd op 21 februari 2023, van https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Abstract/2022/07000/Judging_Personality_Disorder__A_Systematic_Review.2.aspx
- Boerstal, J. (2015, september). *Voorspellers van drop out onder cliënten met persoonlijkheidsstoornissen in een klinische behandelsetting gebaseerd op schematherapie*. [Masterproef, Universiteit Twente]. Geraadpleegd op 24 april 2023, van https://essay.utwente.nl/68235/1/Boerstal_MA_Gedragswetenschappen.pdf
- Boertien, D. & van Bakel, M. (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boevink, W. (2017, juli). *'Een ervaringsdeskundige biedt een ander perspectief'*. SpringerLink. Geraadpleegd op 26 mei 2023, van <https://link.springer.com/article/10.1007/s41188-017-0079-4>
- Bonnington, O. & Rose, D. (2014, oktober). *Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis*. Elsevier: Social science & Medicine. Geraadpleegd op 01 maart 2023, van <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614007011?via%3Dihub>
- Borderline blogg. (z.d.). *Varför är Borderline mer vanligt bland kvinnor än män?* [Foto]. Borderline blogg. Geraadpleegd op 18 februari 2023, van <https://www.borderlineblogg.se/varfor-ar-borderline-mer-vanligt-bland-kvinnor/>
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., Rocca, P. (2019). *Vroege detectie en uitkomst bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Frontiers in psychiatrie. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00710/full>
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M. & Bellino, S. (2021, september). *De rol van trauma bij borderline persoonlijkheidsstoornis met vroege aanvang: een biopsychosociaal perspectief*. Frontiers in Psychiatry. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.721361/full#B78>
- Cabral, L., Strother, H., Muhr, K., Sefton, L., & Savageau, J. (2014, januari). *Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: Insights from peer specialist, supervisors and clients*. Health and Social Care in the Community, 22(1), 104-112. Geraadpleegd op 24 april 2023, <https://doi.org/10.1111/hsc.12072>
- Capel, P. (2018, mei). *Het Emotionele DNA: Gevoelens bestaan niet, maar ontstaan*. K.PI Education.
- Cattane, N. (2017, juni). *Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms*. SpringerLink. Geraadpleegd op 20 februari 2023,

van https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-017-1383-2?error=cookies_not_supported&code=893f4acf-c821-44fb-906e-4758ed14f11b

- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., Cattaneo, A. (2017, juni). *Borderline persoonlijkheidsstoornis en jeugdtrauma: het verkennen van de aangetaste biologische systemen en mechanismen*. BMC Psychiatrie. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://bmcpyschiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1383-2>
- CCE.nl. [CCE]. (2017, juni). *Suicide, zie de mens – CCE Podium 22 juni 2017 Hans van Dam*. [Video]. YouTube. Geraadpleegd op 14 mei 2023, van <https://www.youtube.com/watch?v=H6N7xw0WnzE>
- CDC. (2021). *CDC-Kaiser ACE Study: The ACE Pyramid* [Foto]. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Geraadpleegd op 26 februari 2023, van <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html#print>
- CDC. (2022). *Suicide Prevention: Risks and protective factors*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Geraadpleegd op 26 mei 2023, van <https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html>
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. J., & Unruh, B. T. (2017). *What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder*. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21–30. Geraadpleegd op 24 april 2023, van <https://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z>
- Christiaens, B. (2022-2023). *Examenopdracht Nieuwe autoriteit en Geweldloos verzet: Op welke manier kan Nieuwe Autoriteit en Geweldloos Verzet ouders helpen in de ondersteuning van een kind met een suicide-problematiek?* Geraadpleegd op 16 mei, 2023. [Ongepubliceerde examenopdracht]. Karel de Grote Hogeschool.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Lenzenweger, M. F. (2008). *The development of borderline personality disorder and self-injurious behavior* [Foto]. APA PsycNet. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://psycnet.apa.org/record/2008-03728-017>
- Cunningham, E. F. (2018, 4 november). *Simple Solutions to Select Books for Independent Reading at Home* [Foto]. LI Press. Geraadpleegd op 18 februari 2023, van <https://www.longislandpress.com/2018/11/04/simple-solutions-to-select-books-for-independent-reading-at-home/>
- Daansen, P.J. & Butz, B. (2021, augustus). *Bewustzijn van emotionele, cognitieve en gedragsmatige coping*. Springer Link. Geraadpleegd op 22 maart 2023, van https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-368-2526-9_10
- Dazzi, T., Gribble, R.F., Wessely, S., Fear, N.T. (2014, juli). *Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?* Psychol Med. Geraadpleegd op 11 april 2023, van <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24998511/>
- Dickens, G. L., Hallett, N., & Lamont, E. (2016). *Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review*. *International Journal of Nursing Studies*. Geraadpleegd op 21 februari 2023, van <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26747180/>
- Draijer, N. & Nicolai, N. (2020). Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering 'revisited'. *Tijdschrift voor psychotherapie*, (3). Geraadpleegd op 15 mei 2023, van <https://www.tijdschriftvoorpsychotherapie.nl/archief/jaargang-2020-uitgave-3/11668/>
- Encyclo. (z.d.). *Ervaringsdeskundige definities*. Encyclo.NL. Geraadpleegd op 20 april 2023, van <https://www.encyclo.nl/begrip/ervaringsdeskundige>
- Felicitas, D., Guoruey, W. & Löffler-Stastka, H. (2019, december). *Interpretation and Working through Contemptuous Facial Micro-Expressions Benefits the Patient-Therapist Relationship*. *International Journal of Environment Research and Public Health*. Geraadpleegd op 01 maart 2023, van https://mdpi-res.com/ijerph/ijerph-16-04901/article_deploy/ijerph-16-04901-v2.pdf?version=1575560633

- Fierens, I. & Olieslagers, A. (2021-2022). *Biomedisch Kader*. Karel de Grote Hogeschool.
- Freud, S. (z.d.). "Unexpressed emotions will never die. They are buried alive and will come forth later in uglier ways." Goodreads. Geraadpleegd op 26 mei 2023, van <https://www.goodreads.com/quotes/422467-unexpressed-emotions-will-never-die-they-are-buried-alive-and>
- Gillard, S., Gibson, S.L., Holley, J. & en Lucock, M. (2015, oktober). *Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study*. NIH. Geraadpleegd op 22 april 2023, van <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24992284/>
- Grenswijs. (z.d.). *Handelingsverlegenheid*. Geraadpleegd op 05 mei 2023, van <https://www.grenswijs.be/handelingsverlegenheid>
- Hendrickx, V. (2021-2022). *Orthopedagogiek: Deel 2 – 4. Krachtgericht*. [Powerpoint-slides]. Karel de Grote Hogeschool. Geraadpleegd op 07 mei 2023, van https://canvas.kdg.be/courses/29871/pages/2-dot-4-tendens-krachtgericht-14-slash-12?module_item_id=542138
- Hendriksen-Favier, A., Nijnens, K. & van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbo's-intituut.
- HipLatina. (2020, november). *Living With Borderline Personality Disorder and How the 'Crazy Latina' Trope Has Harmed Me* [Foto]. HipLatina. Geraadpleegd op 18 februari 2023, van <https://hiplatina.com/latina-with-borderline-personality-disorder/>
- Hoeymans, N. (2015). *Meerwaarden ervaringsdeskundigheid*. Geraadpleegd op 26 mei 2023, van nicolehoeymans.nl/wp-content/uploads/2015/05/Meerwaarden-ervaringsdeskundigheid.pdf
- Hoogedoorn, H. (2015, juni). *Stigmatisering binnen de GGZ Een studie naar de effecten van een workshop en de rol van ervaring, ervaringsdeskundigheid en man/vrouw verschillen op stigmatisering*. [Masterproef, Universiteit Utrecht]. Geraadpleegd op 22 maart 2023, van <https://studenttheses.uu.nl/bitstream/handle/20.500.12932/21059/Hoogedoorn%2c%20H.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ingenhoven, T., Reekum, A., van Luyn, B. van, & Luyten, P. (Red.). (2011). *Handboek borderlinepersoonlijke stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom
- Janssens, A. (2021). *Is ervaring de beste leermeester? Kwalitatief onderzoek naar de implementatie van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg*. [Masterproef, Universiteit Gent]. Geraadpleegd op 24 april 2023, van https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/003/011/196/RUG01-003011196_2021_0001_AC.pdf
- Jones, D. (z.d.). *David Jones > Quotes > Quotable Quote*. Goodreads. Geraadpleegd op 26 mei 2023, van <https://www.goodreads.com/quotes/6963725-it-is-both-a-blessing-and-a-curse-to-feel>
- Knaak, S., Szeto, A., Fitch, K., Modgill, G. & Patten, S. (2015, mei). *Early-life stress, HPA axis adaptation, and mechanisms contributing to later health outcomes*. PubMed. Geraadpleegd op 22 maart 2023, van <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26401311/>
- Kootstra, S. & de Boer, D. (2021). *Wie zorgt er voor de hulpverlener na een suicide?* SPV. Geraadpleegd op 26 mei, van <https://www.archief-spv.nl/pdfs/vakblad/sp136/sp136-hoofd05.pdf>
- KU Leuven. (2023, april). *HIVA: onderzoek dat werkt*. KU Leuven. Geraadpleegd op 15 mei 2023, van <https://hiva.kuleuven.be/nl>
- Linehan, M.M. (2016). *De DGT-vaardigheden: handleiding voor de vaardigheidstraining dialectische gedragstherapie*. (6). Pearson, Assessment And & Information B.V.

- Maniam, J., Antoniadis, C., Morris, M.J. (2014, mei). *Stress in het vroege leven, aanpassing van de HPA-as en mechanismen die bijdragen aan latere gezondheidsresultaten*. *Frontiers in Psychiatry*. Geraadpleegd op 20 februari 2023, van <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2014.00073/full>
- Mathias, C.W., Furr, R.M., Sheftall, A.H., Hill-Kapturczak, N., Crum, P., Dougherty, D.M. (2012, april). *What's the Harm in Asking About Suicidal Ideation?* *Wiley Online Library*. Geraadpleegd op 11 april 2023, van <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x>
- Meijer-Rozema, S.G., Nijhof, K.S., Bosch, A.N., Bex, N.W.K., Twisk, J.W.R. & van Domburgh, L. (2022, augustus). *Suicidepreventietraining voor jeugdzorgprofessionals*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. Geraadpleegd op 20 april 2023, van <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/6/64-2022-7-artikel-meijer.pdf>
- Metis. (2021, september). De onmisbare rol van de ervaringsdeskundige. *Metis Company*. Geraadpleegd op 27 april 2023, van <https://metiscompany.nl/2021/09/01/de-onmisbare-rol-van-de-ervaringsdeskundige/#:~:text=Met%20de%20opgebouwde%20ervaringskennis%20hebben%20ervaringsdeskundige%20een%20natuurlijke,hel%20herpakken%20van%20de%20regie%20op%20hun%20leven.>
- Nieuwerth, L. (2021, juni). *De meerwaarde van ervaringsdeskundigen*. Springer Link. Geraadpleegd op 10 maart 2023, van <https://link.springer.com/article/10.1007/s41184-021-0975-y>
- Pearce, J., Jovev, M., Hulbert, C., McKechnie, B., McCutcheon, L., Betts, J. & Chanen, A.M. (2017). *Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder*. *BMC*. Geraadpleegd op 24 april 2023, van <https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-017-0056-6#ref-CR8>
- Quek, E. (2018, februari). *5 Facts You Should Know About Suicide Today* [Foto]. *The SOS Blog*. Geraadpleegd op 18 februari 2023, van <https://www.sos.org.sg/blog/5-facts-you-should-know-about-suicide-today>
- Rare Gallery. (z.d.). *Rare HD Wallpapers, Free Stock images*. [Foto]. Geraadpleegd op 26 februari 2023, van <https://rare-gallery.com/556961-black-and-white.html>
- Reeves, D. (2009). *Bleeding Violet Quotes*. *Goodreads*. Geraadpleegd op 26 februari 2023, van <https://www.goodreads.com/work/quotes/6551896-bleeding-violet>
- Rogers, C.R. (z.d.). *Carl R. Rogers. Quotes. Quotable Quote*. Geraadpleegd op 09 maart 2023, van <https://www.goodreads.com/quotes/1246405-in-my-early-professional-years-i-was-asking-the-question>
- Schnabel, P. (z.d.). Hoofdfiguren uit de sociologie 3. *Modernen-2 : II. Erving Goffman (1922)*. [ePub], Utrecht/Antwerpen : Het Spectrum.
- Schwarze, C. E., Mobascher, A., Pallasch, B., Hoppe, G., Kurz, M., Hellhammer, D.H. & Lieb, K. (2012, december). *Prenatal adversity: a risk factor in borderline personality disorder?* *Cambridge University Press*. Geraadpleegd op 23 april 2023, van <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/prenatal-adversity-a-risk-factor-in-borderline-personality-disorder/DF68A0D5668F659BC26CDFB580D531B1>
- Van Delft, F.(2015). *Overdracht en tegenoverdracht Een therapeutisch fenomeen vertaald naar alledaagse psychosociale begeleiding*. Boom Lemma Uitgevers. Geraadpleegd op 03 mei 2023, van https://www.boompsychologie.nl/media/7/9789462364578_inkijkexemplaar.pdf
- Van der Helm, P. (z.d.). *Professioneel omgaan met zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag*. Geraadpleegd op 14 april 2023, van https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/residentiele-jeugdzorg/publicaties/omgaan-met-zelfbeschadigend-en-suïcidaal-gedrag_ekdef.pdf
- Van Gestel-Timmermans, H., Place, C., van Vugt, M., van Rooijen S & van Nieuwenhuizen C. (2015). *Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: een overzicht van de*

wetenschappelijke evidentie. Trimbos. Geraadpleegd op 14 april 2023, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1381-herstelondersteunende-interventies-voor-forensisch-psychiatrische-patienten-met-psychotische-stoornissen.pdf>

Van Loon, K. (2021-2022). *Doelgroepen 3: Kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele problemen Kinderen en jongeren met psychosociale problemen. Personen met een autismespectrumstoornis*. Karel de Grote Hogeschool.

Van os, J. (2017). *De DSM-6 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Bohn Stafleu van Loghum.

Van Regenmortel, T. (2017). *Het tewerkstellingsstatuut van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg. Een vergeten issue?* OPGanG. Geraadpleegd op 07 mei 2023, van https://cdn.nimbu.io/s/csxg2ov/channelentries/fh53ugk/files/TVR_Eindrapport%20tewerkstellingsstatuut%20EIND.pdf?7bf0oit

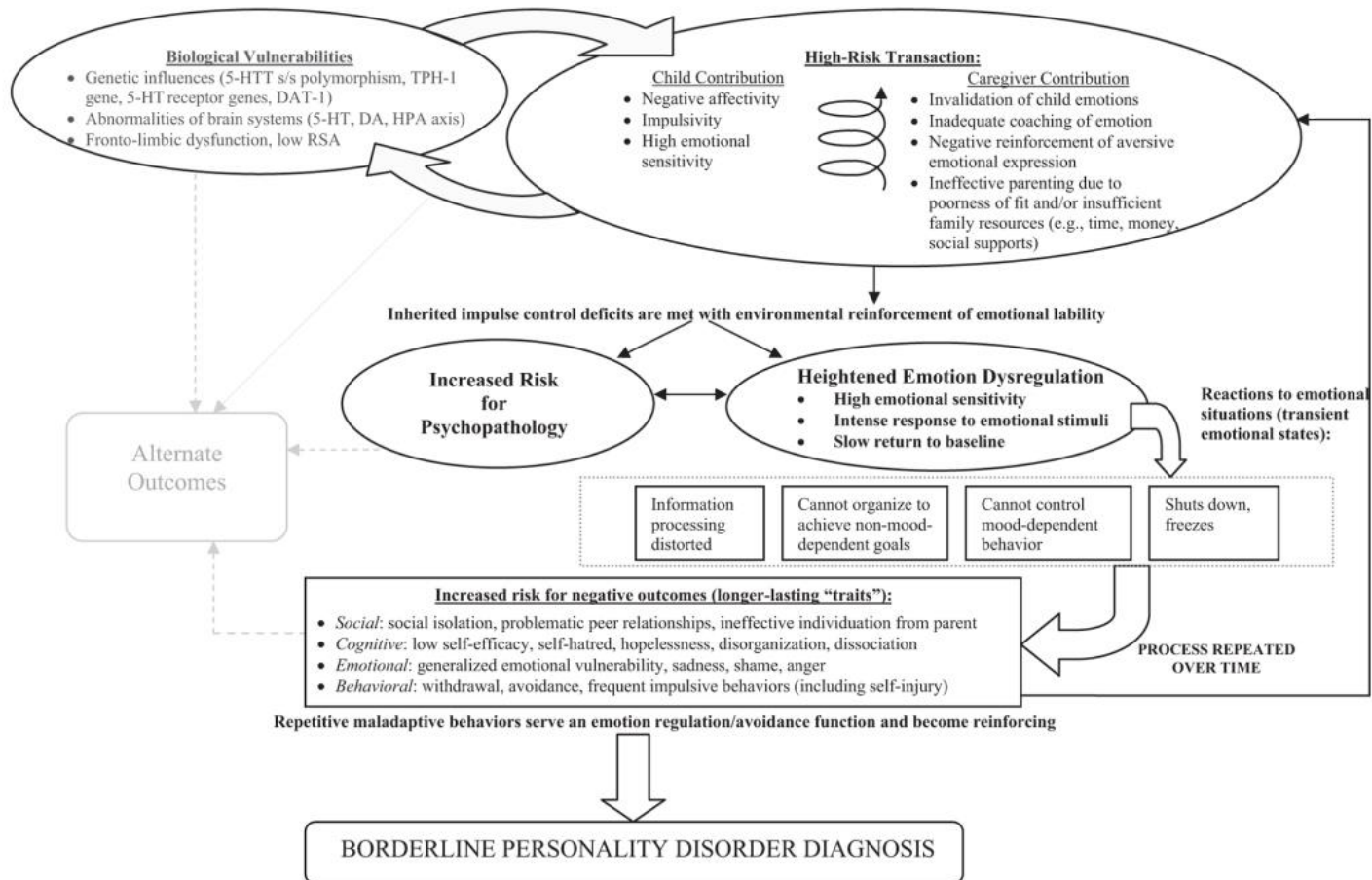
Van Speybroeck, J. (2018, november). *Globaal plan ervaringsdeskundigheid*. Geraadpleegd op 24 april 2023, van www.herstelplatform.be/media/docs/Globaal%20Plan%20Ervaringsdeskundigheid_201909.pdf

Zashchirinskaia, O. & Isagulova, E. (2023, januari). *Childhood Trauma as a Risk Factor for High Risk Behaviors in Adolescents with Borderline Personality Disorder*. Iranian Journal of Pyschiatry. Geraadpleegd op 01 maart 2023, van <https://web-s-ebsohost-com.kuleuven.e-bronnen.be/ehost/detail/detail?vid=5&sid=13b28299-e9d0-42e3-b08e-5dfc554dcc38%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#db=cin20&AN=160876587>

Zelfmoordlijn 1813 (z.d.). *Wat is suïcidaliteit en hoe kan ik signalen herkennen?* Zelfmoordlijn 1813. Geraadpleegd op 24 april 2023, van <https://www.zelfmoord1813.be/info-voor-hulpverleners/wat-is-su%C3%AFcidaliteit-en-hoe-kan-ik-signalen-herkennen>.

5.2 BIJLAGEN

5.2.1 BIJLAGE 1



Figuur: een schematische voorstelling van het biosociaal ontwikkelingsmodel van ERS. (Crowell, Beachaine & Lenzenweger, 2008)

5-HT = serotonine, DA= dopamine, HPA= hypothalamus-hypofyse-bijnier

