

## Inleiding

(Bewerkt uit: Freije en van Wel, 2012: 'Vaardigheidstraining Emotie Regulatiestoornis (VERS)'; Handboek Borderline Persoonlijkheidsstoornis, pag. 222-238, Uitgeverij de Tijdstroom)

De Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) werd in **1998** in Nederland geïntroduceerd door GGZ Groningen en **Adhesie**, tegenwoordig Lentis en **Dimence**. Destijds waren er nog nauwelijks gestructureerde vormen van behandeling voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS).

Zowel **Nancee Blum met haar STEPPS-programma** (een acroniem voor systems training for emotional predictability and problem solving) (Blum e.a., 2002) als Marsha Linehan (Linehan, 1993) met haar dialectische gedragstherapie boden perspectief. Blum baseerde STEPPS op de training van Bartels en Crotty (1992), die zij aanvulde (Blum, 1997) en vervolgens bewerkte tot STEPPS.

De keuze viel op de groepsvaardigheidstraining van Blum, waarbij een aantal overwegingen een rol speelden. Vooral het '**pannetjesmodel**' van Blum (zie verder) sprak aan, omdat het een eenvoudige, gemeenschappelijke en tot de verbeelding sprekende taal rond emoties en het hanteren ervan bood. De training was bovendien gemakkelijk te implementeren, didactisch helder en speels van opzet en ook naasten van de patiënt werden bij de training betrokken.

Behandelaars van beide instellingen werden destijds getraind in STEPPS. Hieruit werd een **werkgroep** gevormd die ontwikkelingen aanstuurde. De training werd vertaald in het Nederlands, onder het acroniem **VERS** (Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis). Er werd een effectonderzoek opgezet (Freije e.a. 2002) met later een RCT studie (Wel, van, 2009). Er werden trainingen voor trainers aangeboden waardoor VERS zich in vogelvlucht over Nederland verspreidde.

Blum ontwikkelde een **vervolgtraining** binnen het STEPPS-programma: **STAIRWAYS** (een acroniem voor *setting goals, trying new things, anger management, impulsivity control, writing a script, assertiveness training, your choices, staying on track*).

In 2004 werd STAIRWAYS in Nederland als verdieping van en vervolg op de VERS geïntroduceerd, dit onder de naam **VERS II**. De naam van de oorspronkelijke VERS werd toen **VERS I**.

VERS I en II ondergingen een **revisie** (VERS I, Heesterman, Van Wel & Kockmann, 2004 en VERS II, Daggenvoorde e.a., 2007).

In 2012 verscheen de **2<sup>de</sup> editie van STEPPS (VERS I)**. In 2014 droegen Dimence en Lentis VERS I over aan het Trimbos Instituut. Het **Trimbos** begeleidde de vertaling en bewerking van deze 2<sup>de</sup> editie (2016, Freije, Miedema en Berg, van den).

Het Trimbos beheert sindsdien VERS I: de mappen, de website ([www.verstraining.nl](http://www.verstraining.nl)), de organisatie van train de trainer-trainingen en de verdere ontwikkelingen rondom VERS I. Een klankbordgroep vanuit de voormalige stuurgroep was en is hierbij betrokken.

## VERS Programma

Het **VERS programma** is breder dan VERS I. Het omvat tot op heden in totaal 6 trainingen, waarvan VERS I de hoofdtraining is.

Er is een vereenvoudigde en **verkorte VERS**, de Basis-VERS, (Freije, 2008), met alleen de emotieregulatievaardigheden. Patiënten voor wie VERS I (nog een stap) te moeilijk is kunnen starten met de Basis-VERS en daarna eventueel, met een succeservaring, doorstromen naar VERS I of een andere behandelvorm. Ook voor mensen die hun leven wel goed op orde hebben maar met name moeite hebben met het reguleren van emoties kan de korte training voldoende zijn. Vandaar dat de Basis-VERS zowel in de SGGZ, FACT-teams als de Basis-GGZ wordt gebruikt.

**VERS II** kan men doorlopen na VERS I waarbij de vaardigheden verdiept worden, ook de interpersoonlijke. Daarnaast is het verder ontwikkelen van gezond persoonlijk en sociaal-maatschappelijk functioneren doel van de training. VERS II wordt nog uitgebreider besproken verderop in de inleiding.

De **cursus voor naastbetrokkenen** van Siegert en Krook (Siegert & Krook, 2006), die aansluit bij de VERS, werd door het Trimbos als best practice benoemd. Hiermee kunnen naasten nog actiever meedoen in het proces. Ze leren hoe ze beter met de problematiek om kunnen gaan en goed voor zichzelf kunnen zorgen.

Er is een training voor ouders/opvoeders met borderlineproblematiek, **BOOG, Opvoedings- en Ondersteuningscursus voor Ouders met BPS** (van den Berg, 2009). Deze training kan men volgen na het doorlopen van VERS I (of Basis-VERS). Hier is het focus de emotieregulatie in het contact met de kinderen. De training bevat ook veel informatie over de ontwikkeling van kinderen en hoe daar zo goed mogelijk op in te spelen.

Bovenstaande trainingen worden vaak samen gebruikt in een groter VERS programma.

Ten slotte werd er, geïnspireerd op de VERS, **een training voor (jonge) adolescenten** ontwikkeld, emotieregulatietraining (ERT), door Van Gemert en Wiersema (Van Gemert & Wiersema, 2007), waarbij ook effectonderzoek plaatsvond (Schuppert e.a., 2009).

Kortom het VERS-programma is voortdurend in ontwikkeling, waarbij VERS I de basis van het programma is (**zie ook [www.verstraining.nl](http://www.verstraining.nl)**).

## 1. Kernassumpties van VERS

De kernproblematiek van BPS wordt vanuit VERS gezien als een **emotieregulatiestoornis** die als kwetsbaarheid wordt benaderd vanuit het **bio-psycho-sociale model**.

Deze kwetsbaarheid wordt vooral verbonden met het ervaren van heftige emotionele episodes. (Zelf)destructieve gedragingen worden hierbij gezien als disfunctionele pogingen om de overweldigende emotionele pijn te hanteren. Bovendien wordt verondersteld dat noch de patiënt noch zijn naaste omgeving kiezen voor (de ontwikkeling) van deze problematiek. Maar dit neemt niet weg dat de patiënt nu zijn eigen verantwoordelijkheid heeft en kan leren om de intense emoties beter te leren hanteren, in samenwerking met zijn omgeving. Deze **samenwerking** is mede van belang, omdat in de interactie met de omgeving vaak allerlei disfunctionele patronen zijn ontstaan en veranderingen beter tot stand komen binnen een omgeving die hier positief op aansluit.

De behandeling richt zich dus vooral op het **beter leren hanteren van de kwetsbaarheid**. Er worden emotie-, cognitieve en gedragsvaardigheden aangeleerd die helpen om de emoties te hanteren, zowel op de korte als de lange termijn. De intensiteit van emoties wordt uitgedrukt in vijf fasen, de '5 pannetjes'. Door dergelijke gemeenschappelijke taal te kiezen, die tot de verbeelding spreekt, wordt samenwerking tussen patiënten, behandelaars en naastbetrokkenen vergemakkelijkt.

VERS maakt onderdeel uit van een breder behandelpakket in de **stabilisatiefase** van de patiënt. De (individuele) hoofdbehandeling kan daarbij vanuit diverse kaders en settings plaatsvinden. VERS II valt deels onder stabilisatie, deels onder **verandering**. De **hoofdbehandelaar** sluit aan op het geleerde in de training en kan dit verdiepen met de patiënt.

## 2. Centrale principes en interventies in de behandelfasen van VERS I

### 2.1 Indicaties voor de training en de rol van hoofdbehandelaar

VERS I maakt zoals gezegd deel uit van de **stabilisatiefase** van behandeling. **Voorwaarden** voor deelname aan VERS I zijn: van deelnemers wordt verwacht dat zij in staat zijn om wekelijks op afspraken te komen. Zij herkennen zich in het hebben van BPS en/of problemen in de regulatie van emoties. Comorbide stoornissen mogen niet zodanig op de voorgrond staan dat ze te zeer interfereren met deelname aan de training en worden, indien aangewezen, eerst behandeld volgens de daarvoor geldende richtlijnen.

Wat **contra-indicaties** betreft, moet men vooral denken aan antisociale persoonlijkheidskenmerken, zoals verbaal of fysiek bedreigend gedrag vertonen, waardoor andere groepsleden zich onveilig kunnen gaan voelen. Het onvoldoende aandacht op kunnen brengen voor het leerproces in een groep is een relatieve contra-indicatie. Zo kan men in het intakegesprek opmerken dat iemand niet voldoende kan luisteren en zich te weinig kan laten structureren. Tot slot kan de intelligentie en/of het leervermogen onvoldoende zijn om de leerstof tot zich te kunnen nemen. De Basis-VERS zou dan wel uitkomst kunnen bieden.

Bij contra-indicaties voor groepsdeelname kan een behandelaar soms (eerst) individueel met de patiënt VERS-onderdelen doornemen.

## Intakegesprek

Voorafgaand aan de training doen de trainers een intakegesprek. De verwijzende behandelaar levert voor het intakegesprek de trainers informatie aan op een **intakeformat**, waarop een aantal vragen voor de verwijzer en een aantal vragen voor de trainers staan. Dit wordt opgeslagen in het dossier. De behandelaar heeft de patiënt een **informatiefolder** doen toekomen en het verwijzersdeel van het format met de patiënt doorgenomen.

Voor de **verwijzer** staan er de volgende vragen in het format:

- Diagnoses, erfelijkheid en actueel medicatiegebruik.
- Hulpverleningsgeschiedenis en huidige behandeling (en hoe die er tijdens de training uit zal zien).
- Relevante gegevens uit de levensloop (voor de ontwikkeling van schema's).
- Belangrijkste redenen om aan te melden voor de training en doelen.

Voor de **trainers** staan er de volgende vragen in het format:

- **BPS-kenmerken:** De 9 kenmerken staan op het format. Van elk kenmerk wordt gevraagd in hoeverre dit herkend wordt ( 0 niet, 1 een beetje, 2 tamelijk veel, 3 veel) en hoe dit concreet tot uiting komt.
- **Huidig functioneren** (leefverband, werk/opleiding/dagbesteding/hobby's/beweging).
- Samenstelling van de **Steungroep**.
- **Motivatie** (doelen en valkuilen). Wat zijn de doelen voor de training. Eventuele valkuilen bij het wekelijks komen en een half uur huiswerk maken per dag en hoe die te hanteren. Welke rol kunnen steungroep, behandelaar en trainers daarin spelen. Is dit het goede moment om aan de training mee te doen (tijd/niet teveel in beslag genomen door andere zaken).
- **Observaties** tijdens het gesprek.
- **Conclusies en afspraken**.

De **individuele hoofdbehandelaar** blijft de patiënt gedurende de training zien. De minimale frequentie voor dergelijke contacten is eens per 2 weken. Hierin wordt aangesloten op wat in de training wordt geleerd. In het individuele contact is immers meer tijd om aandacht te besteden aan situaties waarmee iemand worstelt en kunnen in de training geleerde vaardigheden daarop worden toegepast en zo meer verankerd raken. Ook kan de behandelaar motiveren om vol te houden als de patiënt het moeilijk heeft, wat vooral tijdens de eerste zes bijeenkomsten van de training een rol kan spelen. Het is dus belangrijk dat behandelaars op de hoogte zijn van de inhoud van de training en dat er waar nodig overleg is tussen trainers en behandelaar. Er is een **mapje met algemene informatie en samenvattingen** per les te downloaden op de VERS-site. Trainers kunnen dit aan behandelaars geven.

## 2.2 Opzet training, trainers, groepsgrootte, groepsproces en fases in de training

De training bestaat uit negentien wekelijkse lessen van tweeënhalf uur, in een groep van ongeveer tien patiënten en een terugkombijeenkomst. Er vindt daarnaast twee keer een informatiebijeenkomst plaats met patiënten en hun steungroepleden. De training wordt gegeven door twee trainers, waarvan één minimaal gz-psycholoog moet zijn. Dit is deels vanwege het gehalte aan cognitief-gedragstherapeutische behandel-elementen die in de

training voorkomen, deels omdat ook het groepsproces de nodige aandacht vergt.

De **basishouding** van de trainers draagt de training. Deelnemers zijn vaak extreem gevoelig voor afwijzing en falen. De trainers zorgen voor een hartelijke, betrokken uitstraling waarbij ze alles wat zich voordoet in de training zoveel mogelijk positief labelen en alles wat in de richting komt van gewenst gedrag enorm bekrachtigen. Men laat op allerlei manieren daadwerkelijk zien dat men al het mogelijke zal doen om samen de groep succesvol te doorlopen. Bij afwezigheid zonder bericht wordt direct contact gezocht en gezorgd dat mensen betrokken blijven. Mocht iemand niet in de groep verder kunnen op dit moment, en VERS lijkt wel goed aan te sluiten, dan kan de training ook individueel worden afgemaakt of men kan aan een volgende training meedoen.

Het focus ligt in de training op het **overbrengen en eigen maken van de aan te leren vaardigheden**. Wat mensen vertellen tijdens de training wordt dan ook in het licht daarvan behandeld, en met name in het licht van de vaardigheid die in de betreffende sessie aan bod komt. Dit moeten deelnemers ook verdragen, **het gaat niet om de inhoud, maar de aan te leren vaardigheden**. Bij de individuele behandelaar kunnen situaties verder worden uitgewerkt, en ook dan in het licht van de aan te leren vaardigheden.

Er wordt een schoolse situatie gecreëerd, waarin patiënten **curisten** zijn. **Huiswerk** maken is essentieel, de vaardigheden moeten thuis getraind worden. Het huiswerk wordt samen besproken in de sessie en bij voorkeur vervolgens ingeleverd en de volgende bijeenkomst teruggegeven, voorzien van **complimenten en feedback** door de trainers. Dit stimuleert enorm om er dagelijks mee bezig te zijn. De individuele aandacht wordt in het algemeen gewaardeerd en trainers krijgen de mogelijkheid om te zien in hoeverre leerstof wordt begrepen en toegepast en waar nodig bij te stellen. Hierbij kan ook de individuele behandelaar betrokken worden.

De **groepsdynamiek** is, inherent aan deze groep, soms intens aanwezig. De groepsdynamiek is echter niet een middel in de training. Wanneer de dynamiek te intens is of onveilig dreigt te worden, zullen de trainers de gevoelens van deelnemers valideren en structureren, maar vooral vertalen in het pannetjesmodel en de te leren vaardigheden en daarmee onderdeel laten worden van het leerproces.

In de lessen vindt men een duidelijke **structuur** die iedere week wordt herhaald: vragenlijstje invullen rond intensiteit van emoties en gebruik van vaardigheden, registraties bespreken rond intensiteit van emoties en het gebruik van vaardigheden in de afgelopen week, ontspanningstechniek, bespreking huiswerk rondom de vaardigheid die het thema was van de afgelopen week, uitleg en oefenen met de nieuwe vaardigheid.

### **2.3 Het pannetjesmodel, de checklist vaardigheden en het emotiehanteringsplan**

Centraal in de training staat '**het pannetjesmodel**' dat gaat over de fasering van emoties. **Emoties worden in vijf fases ingedeeld**, die worden voorgesteld door pannetjes waaronder het vuur van uit tot hoog staat. In fase 1 is het vuur onder de pan uit en voelt men zich rustig. In fase 5 kookt het pannetje over. In de tussenliggende fases neemt de intensiteit van de emoties toe, beginnen zij steeds meer te borrelen en te koken. Hierbij kunnen alle emoties in het geding zijn: boosheid, blijheid, angst en somberheid, schaamte. Wel is het zo

dat sommige mensen vaker in boosheid terechtkomen, anderen in angst of somberheid. Dit is terug te zien in het overzicht wat mensen maken van hoe bij hen de diverse fasen er in het algemeen uitzien als onderdeel van het **emotiehanteringsplan** dat ze maken. Door het model wordt enerzijds de heftigheid van de emoties gefaseerd, anderzijds worden de uitersten begrensd. Dit maakt validering van de emoties eenvoudiger.

Het is voor patiënten vaak nieuw dat **emoties gefaseerd oplopen**. Naar hun gevoel schieten ze vaak van het ene naar het andere uiterste. Door oog te krijgen voor die fasering neemt ook de mogelijkheid toe om in verschillende fasen van het proces van oplopende emoties in te grijpen of maatregelen te treffen om te voorkomen dat emoties oplopen.

Patiënten houden dagelijks per dagdeel bij in 'welk pannetje' ze zaten op een vorm van een **Emotie Intensiteit Schaal (EIS), de EIS-thermometer**. Zo krijgen ze meer bewustzijn over het verloop van hun emoties en van hun eigen invloed daarop.

Ze vullen ook regelmatig een **EIS-werkblad** in, waarin ze een **concrete situatie uitwerken** waarin de emoties opliepen. Hiervan zijn **2 vormen**.

**De EIS-foto**, waarin met een **momentopname** van een situatie beschrijft. Hierin worden de geleerde vaardigheden langsgelopen om vanuit een afstand naar de situatie te kijken, naar hinderende patronen waar ze in terechtkwamen en wat beter zou kunnen werken.

En de **EIS-film** waarin 'de hele film' wordt beschreven. Vanuit een hogere pan, waarin men is terechtgekomen, kijkt men terug hoe men daar, in kortere of over langere tijd, in is terechtgekomen. Hierdoor ontstaat een besef van hoe de intensiteit **gefaseerd oploopt**, in plaats van het idee dat men opeens in een heftige emotie terecht is gekomen, en hoe men op diverse momenten in de film kan ingrijpen.

#### De vierde vorm van de EIS is het Emotie Hanterings Plan (EHP)

Elke 'pan' vraagt naast algemene bepaalde specifieke vaardigheden en maatregelen, zowel van de patiënt zelf als van betrokkenen. Deze gebruiksaanwijzing, het Emotie Hanterings Plan, een vorm van een signaleringsplan, is een belangrijk product dat mensen maken tijdens de training. Zij zijn hier gedurende de hele training mee bezig.

**Het weerspiegelt de fasen van emoties, de vaardigheden, de verantwoordelijkheid om ze zelf anders te hanteren en de betrokkenheid van de naasten in dit proces.**

Patiënten registreren ook dagelijks de vaardigheden die ze gebruiken om oplopende emoties te hanteren op de '**Checklist Vaardigheden**'. Zo worden ze zich bewuster van wat ze zelf kunnen doen en merken welke vaardigheden hen daarbij helpen.

#### 2.4 Stap 1. Voorlichting aan patiënten, naastbetrokkenen en steungroepbijeenkomst

Men kan een **3-tal stappen in de training** onderscheiden, waarvan besef van kwetsbaarheid de eerste stap is.

Deelnemers krijgen **voorlichting** over de kenmerken van BPS. Hiervoor worden de DSM-IV kenmerken doorgenomen. BPS wordt daarbij herbenoemd als een kwetsbaarheid in het reguleren van emoties, een emotieregulatiestoornis. Het wordt voorgesteld als een kwetsbaarheid die men kan leren hanteren, net als bijvoorbeeld suikerziekte of andere aandoeningen. Daarvoor is goed geïnformeerd zijn over de kwetsbaarheid van belang.

Emoties worden snel getriggerd door bepaalde situaties, lopen hoog op, het duurt lang om weer tot rust te komen waardoor emoties gemakkelijk stapelen. Tijdens een emotionele episode worden mensen overspoeld door de intensiteit van hun emoties en richten ze vaak onbewust veel schade aan voor zichzelf en anderen. Zo is er vaak een patroon van relatieve rust te zien, waarin opbouw in het leven plaats kan vinden gevolgd door een heftige emotionele episode, waarin wordt afgebroken wat is opgebouwd. Dat is enorm frustrerend voor mensen zelf en hun omgeving en staat het ontwikkelen van de vaak zo rijke kwaliteiten die mensen hebben in de weg.

Het **biopsychosociale model** en **schema's** worden gebruikt om het ontstaan en in stand blijven van de emotieregulatieproblemen uit te leggen. Disfunctionele schema's die geactiveerd/getriggerd worden door bepaalde situaties zijn vaak de aanjagers van de heftige emoties.

Aan de hand van het laten zien van een **documentaire** kan dit verlevendigd worden. Ook krijgt men een lijst met **literatuur**, relevante internetsites en patiëntenverenigingen om zich nader in BPS te verdiepen. Belangrijk is dat men beseft dat men een bepaalde kwetsbaarheid heeft, die men kan leren hanteren zonder zich er mee te identificeren, zoals patiënten doen als ze zeggen dat ze 'een borderliner' zijn. Men heeft een emotieregulatieprobleem, men is het niet. Men is net als anderen iemand met allerlei kwaliteiten. Voor deze **talenten** ontstaat meer ruimte om te ontwikkelen naarmate men beter om heeft leren gaan met emoties. Het is goed hierover uitleg te geven aan deelnemers en hun naasten en als men zover is ook de overgang naar het zich richten op **persoonlijke en maatschappelijke ontplooiing** te maken samen.

Naasten van de deelnemers, in de VERS **steungroep** genoemd, worden nauw bij de training betrokken. Deelnemers stellen een steungroep samen uit familieleden, vrienden en andere betrokkenen. Zij vertellen aan hen wat ze leren in de groep en er worden twee informatiebijeenkomsten georganiseerd voor de steungroep tijdens de training.

Hierin wordt uitleg gegeven over BPS, de inhoud van de training, is er ruimte voor vragen en wordt er aandacht besteed aan hoe om te gaan met deze problematiek. Men krijgt een **mapje** mee met algemene informatie en samenvattingen van de lessen. Een BPS heb je niet alleen en het veranderingsproces doe je ook niet alleen, maar met de mensen om je heen. Zo leren naasten ook hoe zij het beste ondersteuning kunnen bieden, zonder de eigen grenzen uit het oog te verliezen. Leden van de steungroep worden geïnformeerd over het bestaan van een **cursus voor naastbetrokkenen** en desgewenst geholpen de weg hiernaar toe te vinden.

### **Steungroepbijeenkomsten**

Tijdens de training worden 2 steungroepbijeenkomsten georganiseerd. De eerste na de zesde bijeenkomst, de tweede na de 14<sup>de</sup> bijeenkomst.

Rond les 6 voelt de groep zich vertrouwd met elkaar en het programma, en kunnen zij samen met de trainers hun naasten ontvangen als groep. Rond het einde van de training is het tijd om te gaan kijken, hoe maakt men gebruik van het emotiehanteringsplan, wat is er bereikt, en hoe verder te gaan na de training.

Er wordt een positieve, optimistische sfeer neergezet. Het belang van het samen in de thuissituatie integreren van wat in VERS geleerd wordt toegelicht.

## **Praktisch**

De eerste steungroep-avond wordt al in de tweede bijeenkomst gepland, namelijk tijdens het bespreken van het huiswerk rond het formeren van een steungroep. De avond is op een toegankelijk tijdstip.

Trek er zo'n twee uur en een kwartier voor uit, het kwartier voor een pauze.

Leg in de ruimte voorlichtingsmateriaal neer, zoals het mapje voor naastbetrokkenen en boeken. Zorg ervoor dat er koffie, thee, water en koek aanwezig is om de steungroep zo gastvrij te kunnen ontvangen.

### **Eerste steungroepbijeenkomst – rond 6<sup>de</sup> bijeenkomst:**

Er wordt voorlichting gegeven over persoonlijkheids- en emotieregulatieproblemen en wat men leert in de training om dit beter te hanteren. De rol die naasten kunnen spelen in herstel wordt uitgelegd. Het moet thuis gebeuren: emoties valideren, laten ventileren en hanteren; samen patronen veranderen die disfunctioneel zijn; duidelijk zijn over ieders mogelijkheden en grenzen.

Men kan gebruik maken van een **PowerPoint en/of een film** (zie website) voor het voorlichtende gedeelte en naasten kunnen hun vragen aan de hand van dit materiaal stellen. Er is ruimte voor **vragen** die naasten en patiënten tegenkomen in het omgaan met emotieregulatieproblemen in het dagelijks leven.

### **Tweede steungroepbijeenkomst – rond voorlaatste bijeenkomst:**

Men heeft inmiddels het grootste deel van de training achter de rug en is aan het **evalueren**: hoe maakt men gebruik van het **emotiehanteringsplan**, welke **veranderingen** merkt men inmiddels op in het hanteren van emoties en **hoe verder** na de training.

Naarmate emoties beter gehanteerd kunnen worden kan het focus verschuiven naar **kwaliteiten en talenten ontplooien**, het leven betekenisvol vorm te geven en actief deel te nemen aan de maatschappij. Dit zal in de tweede steungroepbijeenkomst meer aan bod komen. Het focus verschuift van klacht naar kracht en hoe dat vorm te geven ook in de omgang met elkaar. De patiënten-rol gaat naar de achtergrond, men heeft een kwetsbaarheid waar men steeds beter mee om kan gaan, en de aandacht gaat steeds meer naar de **gezonde volwassene** die zijn leven samen met anderen leidt, met steun waar nodig, en als nodig, wat meer steun.

**Het vervolg van de therapie** zal aan de orde komen: afronden of verder naar VERS II, of individueel, of naar een Schema-/MBT- of andere psychotherapie(groep). De VERS sluit gemakkelijk aan op allerlei andere behandelingen.

Men kan een **PowerPoint** presentatie gebruiken voor de te bespreken onderwerpen en voorlichting over verdere behandelmogelijkheden (zie website). Er is daarnaast meer ruimte voor uitwisseling en gesprek over de onderwerpen in de tweede bijeenkomst.

## **2.5 Ontspanningstechnieken**

Tijdens de training leert men een diversiteit aan ontspanningsoefeningen aan. Bij oplopende emoties nemen de spanningen in het lichaam toe. Door deze oefeningen kan men zelf die spanning beter verminderen. Omdat mensen verschillen in welke oefeningen werkzaam zijn,

worden er verschillende oefeningen aangeboden, te verdelen in een aantal categorieën: ademhalings- en spierontspanningsoefeningen, visualisatieoefeningen, muziek, concentratie- en meditatieoefeningen en in het algemeen afleidende en ontspannende activiteiten. Elke les bevat een ontspanningsoefening, vaak wordt hiermee gestart, die men zelf thuis gaat oefenen. Uiteindelijk zal men een of meerdere oefeningen kiezen, die het meest behulpzaam zijn om rust te creëren.

## 2.6 Stap 2: Vijf emotievaardigheden

In de training leert men een vijftal vaardigheden om de emoties beter te leren hanteren: afstand nemen en observeren, beschrijven, uitdagen van gedachten, aandacht verplaatsen en problemen aanpakken. Deze vaardigheden worden hier kort toegelicht.

1. **Afstand nemen en Observeren:** patiënten hebben de neiging gevoelens en gedachten voor waar aan te nemen en automatisch van hieruit te reageren op situaties. Met de vaardigheid afstand nemen en observeren leert men om oordeel vrij, op een afstand, de situatie waar men in verkeert, de gedachten, emoties, lichamelijke gevoelens en (neiging tot) gedrag waar te nemen, te observeren en te onderzoeken. Hierdoor kan langzamerhand een bewustwording optreden van oude patronen waarmee men reageert op situaties en kan er meer keuzevrijheid komen om passend te reageren op de situatie zoals die nu is. Met diverse speelse oefeningen krijgt de vaardigheid betekenis en leert men die toepassen.
2. **Beschrijven:** patiënten hebben vaak een beperkt repertoire om hun ervaringen onder woorden te brengen. Het gaat goed of het gaat slecht. Met de vaardigheid beschrijven leren ze om gevoelens genuanceerder te beschrijven en op meer manieren dan alleen via woorden, bijvoorbeeld via een gedicht, een beeld of een tekening. Ze leren meer nuances te benoemen van basisemoties als angst, verdriet, boosheid en blijheid, schaamte. Ze leren eigen ervaringen beter onder woorden te brengen en deze zowel naar zichzelf als hun omgeving beter te communiceren.
3. **Uitdagen:** een belangrijk onderdeel van de training is het zich bewust worden van automatische gedachten, denkfouten en schema's. Patiënten worden gehinderd door oude, disfunctionele patronen in hun denken, voelen en doen, waarvan zij zich meestal niet tot nauwelijks bewust zijn. In de training maakt men een begin met het inventariseren en uitdagen van gedachten en deze te vervangen door meer helpende gedachten.
4. **Aandacht verplaatsen:** hiermee wordt bedoeld dat men bewust de aandacht gaat verleggen naar activiteiten en gedachten die een positief of neutraal gevoel oproepen. Het is een combinatie van de aandacht verplaatsen en afleiding zoeken. Hiermee komt men in een 'ander netwerk in de hersenen' terecht, verbonden met meer neutrale en positieve gevoelens, gedachten en gedrag. Hiervoor worden verschillende manieren gebruikt: afleiding zoeken in leuke, nuttige, troostende activiteiten, concentratieoefeningen, ontspanningstechnieken, een veilige plek of voorwerp opzoeken en positieve bevestigingen en het zich inbeelden van succes.
5. **Problemen aanpakken:** wanneer patiënten enigszins in staat zijn om de intensiteit van hun emoties te verminderen, komt de vaardigheid problemen aanpakken in beeld. Immers, om een probleem onder ogen te kunnen zien, moet je enige afstand kunnen nemen van de situatie en wat die in jou en anderen teweegbrengt. Met deze vaardigheid leert men een praktische methode om een probleem kort te benoemen, te kijken of

bepaalde oude patronen de waarneming vervormen, vervolgens verschillende oplossingen te bedenken, van daaruit de meest aansprekende te kiezen en een plan te maken hoe dit tot uitvoer te brengen. Dit onderdeel lijkt dus veel op problem-solving therapie.

### **2.7 Stap 3: Negen gedragsvaardigheden**

Het uitgangspunt bij het aanleren van gedragsvaardigheden is het meer **balans aan gaan brengen in elementaire levensgebieden**. De gebieden die worden behandeld zijn: eten, slapen, bewegen, lichamelijke gezondheid, vrije tijd, voorkómen van zelfbeschadigend gedrag, werk/opleiding/dagelijkse bezigheden, financiën/administratie en relaties met anderen. Rond deze verschillende levensgebieden wordt voorlichting gegeven en samen gesproken over wat gezond en ongezond gedrag op dit gebied is.

Men gaat per levensgebied inventariseren met behulp van vragenlijsten en andere hulpmiddelen hoe het op dit gebied gesteld is met de patiënt. Vervolgens gaat men **doelen** opstellen op die gebieden waarop men verandering wil aanbrengen. Beperk het aantal doelen zodat men succes kan behalen. Men gaat dagelijks stappen in de richting van deze doelen bijhouden. Speciale aandacht wordt besteed aan het onderwerp relaties met anderen, omdat dit zo'n belangrijk en beladen onderwerp is voor mensen met BPS.

### **2.8 Emotiehanteringsplan en afsluiting van de training en vervolg**

De training wordt afgesloten met het afronden van het **Emotiehanteringsplan** en een evaluatie. In het Emotie Hanterings Plan (EHP), waaraan men tijdens de hele training heeft gewerkt, is zichtbaar hoe de pannen er in het algemeen uitzien, van 1-5, gevoelens, lichaam, gedachten, neiging tot gedrag en gedrag en wat men zelf, en wat de ander kan doen om te voorkomen dat de pannen oplopen, of om, eenmaal opgelopen, de emoties zo goed mogelijk te hanteren.

Men krijgt een **diploma** als de training met voldoende resultaat is gevolgd. Voor velen is dat waardevol, omdat er vaak zoveel afgebroken opleidingen in de voorgeschiedenis zijn. Om het diploma te kunnen behalen mag men maximaal drie sessies gemist hebben en moet men in voldoende mate aandacht aan het huiswerk hebben besteed. Men kan de training nog een keer volgen. Dit kan soms zinvol zijn, in de praktijk gebeurt het weinig. Er kan na een aantal weken een **terugkombijeenkomst** georganiseerd worden, waarin besproken wordt hoe ieder het geleerde op eigen kracht heeft toegepast en eventuele vragen daarover.

Na de VERS I kan een **evaluatiegesprek** plaatsvinden met de trainers waarin de volgende onderwerpen, vanuit een **Evaluatie-Format**, besproken en ingevuld worden en in het dossier geplaatst. Doelen en evaluatie van de doelen; Evaluatie van het verloop van de training door de trainers; Evaluatie door patiënt; BPS-kenmerken-top 3; Schema-top 3; Denkfouten-top 3; Gedragsvaardigheden top 3; Vervolgbeleid. De BPS kenmerken uit het intakeformat kunnen hierin gekopieerd worden en opnieuw langsgelopen worden op verandering die is opgetreden tijdens de training. Zeker wanneer met verder gaat naar VERS II is dit van belang en kan dit bij de intake daar als handvat worden gebruikt, maar ook bij het vervolg van de individuele behandeling.

Men kan na VERS I op **verschillende manieren met behandeling verdergaan**. Dit wordt bepaald door de hoofdbehandelaar. Men kan zich binnen de individuele behandeling verder

richten op het inslijten van vaardigheden en het vergroten van de balans op levensgebieden. Het kan zijn dat men start of verder gaat met psychotherapeutische behandeling. Men kan ook andere modules gaan volgen die aansluiten bij het individuele traject, zoals een schematherapiegroep of zelfbeeldgroep. Omdat in de VERS met een brede waaier van methoden en technieken wordt kennisgemaakt, is de aansluiting op andere behandelingen meestal goed.

Men kan ook verdergaan met **VERS II**. Dit is een tweewekelijkse, deels open, training van negentien bijeenkomsten. In deze training gaat men verder met het meer evenwicht aanbrengen op relevante levensgebieden door het stellen van doelen. Het dagelijks bijhouden van de pannetjes op de Emotie-Intensiteit Schaal, registreren van gebruikte vaardigheden op de Checklist Vaardigheden en invullen van EIS-foto en EIS-film zijn ook basisonderdelen van VERS II. Verder komen hierin de volgende onderwerpen modulair aan bod: vertrouwen en risico's nemen in contacten met anderen, hanteren van boosheid, hanteren van impulsiviteit, assertiviteit, een draaiboek schrijven voor moeilijke of gewenste situaties, keuzes maken over de persoon die men wil worden en schema's opnieuw bekijken

### 3. Empirische onderbouwing

STEPPS en VERS staan vermeld in de Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008) als een aannemelijk werkzame en kostenefficiënte groepsvaardigheidstraining, die als module binnen een behandelpakket wordt aangeboden, vaak in combinatie met individuele therapie, farmacotherapie en systeemgesprekken, waarbij de onderdelen op elkaar afgestemd moeten worden. De behandeling kan ook binnen een (dag)klinische setting worden aangeboden als meer ondersteuning is gewenst.

VERS is in Nederland onderzocht door middel van een pilot study in 2002 (Freije, Dietz & Appelo, 2002) en door middel van een RCT-onderzoek (Van Wel e.a., 2009) waarin 79 patiënten met BPS gerandomiseerd toegewezen werden aan VERS, met daarnaast een gestructureerde individuele ondersteuning al of niet met farmacotherapie, dan wel aan treatment as usual (TAU). TAU hield voornamelijk een sociaal psychiatrische begeleiding en farmacotherapie in. Er werd gemeten voor en na de interventie en bij follow-up na een jaar.

VERS leidde tot een **grotere reductie van symptomen** dan TAU, ook bij follow-up. Van de patiënten die VERS kregen vertoonde uiteindelijk 70% symptomatische verbetering, tegen 47% van de patiënten die TAU kregen. VERS leidde ook tot een **grotere verbetering van kwaliteit van leven** dan TAU, vooral bij follow-up, maar er waren geen **verschillen in termen van het aantal suïcidepogingen en zorgconsumptie**.

Deze resultaten **ondersteunen de bevindingen van Blum en anderen** (Blum e.a., 2008) waarbij 124 patiënten met BPS werden toegewezen aan STEPPS + TAU of TAU. TAU was in dit verband de voor die behandelaar gangbare behandeling van BPS. Patiënten toegewezen aan STEPPS verbeterden sneller zowel affectief als cognitief en op het gebied van impulscontrole. Er waren geen verschillen ten aanzien van zelfbeschadigend gedrag of opnames. In het onderzoek van Van Wel (Van Wel e.a., 2008) was een **groep van 84 patiënten die niet aan de diagnose BPS voldeden**. Zij waren door clinici wel als zodanig

verwezen. Deze groep werd niet meegenomen in de onderzoeksuitkomsten van Van Wel, omdat dat niet de opzet was. **Bos en anderen (Bos e.a., 2011) beschreven de resultaten van de totale groep** (patiënten met BPS en patiënten met BPS-gerelateerde symptomen). Ook in dit onderzoek bleek dat algemene en borderlinegerelateerde psychopathologie meer verbeterden dan bij TAU, evenals de kwaliteit van leven, zowel op korte als lange termijn. Het wel of niet voldoen aan de diagnose BPS maakte niet uit voor het behandelresultaat met VERS, **beide groepen verbeterden even goed**. Wel bleek dat **hoe groter de aanvankelijke ernst van de problematiek, hoe effectiever VERS** was vergeleken met TAU. Dit laatste werd ook door Black (Black e.a., 2004) gevonden, maar zowel voor STEPPS als TAU. Bos en anderen (Bos e.a., 2011) noemen **emotionele instabiliteit** of het disfunctioneren van het emotieregulatiesysteem, als mogelijk **het meest kenmerkend** voor de groep met klinische en subklinische BPS. **De ernst van emotionele instabiliteit zou mogelijk een belangrijker criterium kunnen zijn om naar VERS te verwijzen dan de diagnose BPS.**

#### **4. Implementatie in de praktijk**

De VERS is eenvoudig in de praktijk te implementeren binnen **diverse settings**. Landelijk worden **trainersopleidingen** (zie website) aangeboden en het is handig een pool van trainers binnen een instelling te vormen. Zo kan er met regelmaat gestart worden, treedt er geen 'metaalmoetheid' op en blijft er voldoende kennis en ervaring behouden bij vertrek van medewerkers.

In de praktijk lijkt het zinvol om regelmatig een **VERS-overleg** te hebben. Hierin kan men bijvoorbeeld de bezetting van komende trainingen regelen, ervaringen uitwisselen over het verloop van trainingen, intervisie hebben, wachtlijsten en eventuele andere zaken zoals informatiebijeenkomsten voor patiënten, naastbetrokkenen en behandelaars en de cursus voor naastbetrokkenen regelen. Maar ook samenwerking met individuele behandelaars, modules waar naar wordt verwezen of nieuw op te zetten modules die aansluiten bij de VERS en gewenste deskundigheidsbevordering kunnen aan de orde komen. Het is handig als hiervoor een agenda wordt gehanteerd, die een bepaalde structuur met terugkerende zaken bevat. Een aandachtsfunctionaris kan zorgdragen voor de organisatie van deze bijeenkomsten en waar nodig de wachtlijsten van trainingen beheren. Het is belangrijk dat het management de trainingen draagt als onderdeel van het zorgprogramma en hierin, waar nodig, faciliterend optreedt.

#### **5. Conclusies**

VERS I is de hoofdtraining uit het VERS-programma. Het VERS-programma, dat uit meerdere trainingen bestaat, heeft zich in de afgelopen decennia bewezen als een effectief aanbod waar patiënten, naastbetrokkenen en behandelaars met plezier mee kunnen werken om emotieregulatieproblematiek te leren hanteren en het functioneren op belangrijke levensterreinen te versterken. Het heeft zich als regulier aanbod voor borderline persoonlijkheidsproblematiek binnen verschillende settings in de GGZ weten te verankeren. Het past goed naast verschillende vormen van behandeling in de stabilisatie- en behandelingsfase en is gemakkelijk te implementeren.

## Literatuur

Bartels, N., & Crotty, M. (1992). The borderline personality disorder skill training manual. Winfield, IL: E.I.D. Treatment Systems.

Berg, J. van den, (2009), *BOOG, Opvoedings en Ondersteuningcursus voor Ouders met BPS*, Lentis en Dimence

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., & St. John, D. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 193-210.

Blum, N., Bartels, N.E., St. John, D., & Pfohl, B. (2002). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS): Group treatment program for borderline personality disorder. (Available on CD-ROM from Blum's Books).

Blum, N., St. John, D., & Pfohl, B. (1997). Supplementary packet for borderline personality disorder skill training manual. Iowa: University of Iowa

Blum, N, St. John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., e.a. (2008). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for out patients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468-478.

Bos, E.H., Wel, E.B. van, Appelo, M.T., & Verbraak, M.J. (2010). Effectiveness of systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for borderline personality problems in a 'real-world' sample: Moderation by diagnosis or severity? *Psychotherapy & Psychosomatics*, 80, 173-181.

Freije, G.K., Dietz, B., & Appelo, M.T (2002). Behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de VERS: de vaardigheidstraining emotionele regulatie stoornis. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 22(4), 367-378.

Freije, G. K., (2008). Basis-VERS. In eigen beheer. [horustafreije@planet.nl](mailto:horustafreije@planet.nl)/[www.basisvers.nl](http://www.basisvers.nl)

Freije, G. K., Wel, B. van (2012). Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS). In: Ingenhoven, T., Reekum, A. van, Luyn, B. van, Luyten, P.: *Handboek Borderline Persoonlijkheidsstoornis*, 227-238, Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom

Gemert, T.M. van, & Wiersema, H.M. (2007). *Emotieregulatietraining (ERT): Een programma voor adolescenten met emotieregulatieproblemen, Trainershandleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Heesterman, W., Wel, B. van, & Kockmann, I. (2004). *VERS. Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis*. Lentis Groningen en Dimence Deventer.

Daggenvoorde, T., Heesterman, W., Huizing, H., Kockmann, I., & Miedema, J., (2007). VERS II, de volgende stappen. Lentis Groningen en Dimence Deventer.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Linehan, M.M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.

Siebert, E., & Krook, K. (2006). Omgaan met borderline, psycho-educatieve cursus voor directbetrokkenen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Schuppert, M. Giesen-Bloo, J., Gemert, T.G. van, Wiersema, H.M., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.M., e.a. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents. A randomized controlled pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 467-478.

Wel, E.B. van, Bos, E.H., Appelo, M.T., Berendsen, E.M., Willgeroth, F.C., & Verbraak, M.J. (2009). De effectiviteit van de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS) in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Een gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 291-301

[www.verstraining.nl](http://www.verstraining.nl)

[www.trimbos.nl/producten-en-diensten/trainingen/training/?event=58](http://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/trainingen/training/?event=58)

[www.stepsforbpd.com/manual.html](http://www.stepsforbpd.com/manual.html)

Young, J.E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press.