

Ambulante Mentalisatie Bevorderende Therapie

Wubbo Scholte (w.scholte@degelderseroos.nl), klinisch psycholoog, is hoofd zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen van de Gelderse Roos en lid van de wetenschapscommissie van de NVGP.

In deze bijdrage wordt kort stilgestaan bij een vorig jaar gepubliceerd effectiviteitonderzoek van Bateman en Fonagy (2009) naar de werkzaamheid van ambulante MBT. Tot nu is er alleen onderzoek over vijfdaagse deeltijd-MBT gepubliceerd.

Wat maakt MBT populair?

Sinds een aantal jaren is in ons land de mentalisatie bevorderende behandeling (MBT) sterk in opmars. Groepspsychotherapie is hierbij een van de essentiële onderdelen. Het aantal cursussen MBT op dit gebied stijgt sterk en er zijn steeds meer GGZ-instellingen die deze vorm van behandeling aanbieden.

MBT is een intensieve psychoanalytisch georiënteerde behandelvorm gericht op het ontwikkelen en verbeteren van het mentaliserend vermogen in gehechtheidrelaties. Dit vanuit de gedachte dat een vermindering van dit vermogen ten grondslag ligt aan de symptomen van onder andere de borderline persoonlijkheidsstoornis. Mentaliseren verwijst naar het actieve proces van begrijpen van gedrag in relatie tot mentale toestanden, zoals gedachten, gevoelens en drijfveren. Het betreft hierbij zowel het eigen gedrag als dat van anderen.

De techniek van de MBT betekent voor veel therapeuten vooral het afleren van vertrouwde interventies en reacties. Vooral het aannemen van de niet-wetende houding vraagt een omslag voor veel therapeuten. In het septembernummer van dit tijdschrift hebben Burger, ter Haar en Post (2010) een uitstekende inleiding gegeven op MBT en de toepassing naar psychodrama.

Allen, Fonagy en Bateman (2008) benadrukken dat mentaliseren een kunst is en geen wetenschap. Het is een attitude waarbij de subjectieve emotionele betrokkenheid en creativiteit centraal staat en niet afstandelijkheid. Belangrijk voor hen is het onderscheid tussen empathie en systematiseren. Niet dat dit laatste overboord wordt gezet, maar ze willen wel benadrukken dat afstandelijk alle klachten en gevoelens ordenen en uitspitten geen mentaliseren is. Hier tegenover wordt de nadruk op de menselijkheid van de therapeut gelegd. Daarbij halen ze auteurs als Danial Stern en Hans

Loewald aan, die elk op hun eigen manier het mentaliserend aspect in zowel het normale als het therapeutisch contact onderstreepden zonder dat ze dit begrip als zodanig gebruikten. Vandaar ook dat Bateman en Fonagy op meerdere plaatsen benadrukken dat mentaliseren geen nieuwe vorm van therapie is maar een aanpassing en aanscherping van bestaande technieken en inzichten gestoeld op de inzichten vanuit de hechtingstheorie. MBT lijkt verdieping en betekenis te geven aan methoden en inzichten die al langere tijd rondwaren in de wereld van psychotherapie maar nu meer bij elkaar gebracht worden en openingen bieden om met zwaardere doelgroepen in gesprek te gaan en zelfs tot groei en verbetering te komen bij doelgroepen waar dit eerst niet mogelijk werd geacht. Dit aansluiten bij bestaande psychotherapeutische tradities en het voorzien van deze tradities van een nieuw kader met daarbij het herijken en revitaliseren van oude begrippen, lijkt een van de redenen te zijn voor de populariteit van deze stroming.

MBT en de groep

Groepstherapie krijgt veel aandacht binnen de MBT, als werkplaats maar ook als een ruimte waarin de oude hechtingsproblemen kunnen herleven. In een groep kan het schaamtevol zijn om zwakheden te onthullen. Juist dan is het helpend als de cliënt merkt dat niet alleen de therapeut maar ook de groepsleden zich een voorstelling kunnen maken van zijn schaamte en de reden die hij hiervoor heeft. Het 'ik weet

dat jij weet, dat ik denk en voel' is steeds het cruciale punt in het contact, ook in een groep. Het voordeel van een groep kan zijn dat als de een het niet goed begrijpt, de ander het kan overnemen. De groep is bij uitstek de plaats waar de hechting onder druk kan komen te staan en het mentaliserend vermogen vermindert. De groep is tegelijk de plaats waar stil gestaan kan worden in het hier en nu bij het waarnemen en begrijpen van jezelf en anderen. Tegelijk is het een plaats waarbij afwijzing en veroordeling, verkeerd begrepen worden, afgaan en andere destructieve processen kunnen zorgen voor een sterke iatrogene reactie als deze destructieve processen de overhand krijgen. Belangrijke voorwaarde is daarom dat in een MBT-groep en ook in andere groepen de therapeut bereid is actief in te grijpen en het proces bij te sturen. Daarvoor moet nauwkeurig het angstniveau van de groep en van de individuele leden in de gaten worden gehouden. Bij een groep met te weinig angst kan het gesprek gemakkelijk gaan kabbelen. Bij een groep met te veel angsten kunnen onrust, lange stiltes, schelden, pesten en weglopen voorkomen. Dit zijn momenten dat het mentaliserend vermogen van de groep vermindert en uitstoting dreigt. Kenmerkend voor de MBT is het voortdurend stimuleren van het begrijpen van elkaar, bijvoorbeeld door op onderzoek uit te gaan om te kunnen komen tot begrip. Opvallend is dat Bateman en Fonagy (2006) hiervoor allerlei technieken beschrijven die thuishoren in het basisgebederschap van de psychodynamische groepstherapie. Een voorbeeld hiervan is

bridging (Ormont 1990), het actief verbinden van cliënten aan elkaar door vragen als: ‘herken je dit verhaal bij jezelf’, of, ‘wat roept dit bij jou op als je hier naar luistert’.

Effectstudies

Tot nu toe is er een beperkt aantal effectstudies gepubliceerd met betrekking tot MBT. Deze zijn alleen uitgevoerd door de oprichters van de methode. Het betreft effectstudies van een vijfdaagse deeltijdbehandeling voor een groep ernstige borderline patiënten. Andere doseringen van de behandeling en de bijdrage van de langdurige nabehandeling zijn tot nu toe niet onderzocht. Als controlegroep hebben Bateman en Fonagy (2001, 2003) indertijd ‘psychiatric care as usual’ genomen. Deze studie heeft een prominente plaats gekregen in de multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (2008). We hebben de afgelopen jaren een sterke uitbreiding gezien van MBT-achtige behandelingen voor andere doelgroepen en andere settings. Dit is opvallend omdat deze verbreding tot nu toe niet door onderzoek wordt onderbouwd. Recent is daar verandering in gekomen door de publicatie van Bateman en Fonagy (2009) waarbij in een ‘randomized controlled trial’ een gestructureerde supportieve ambulante behandeling van cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis is vergeleken met een ambulante vorm van MBT. In beide condities was de staf evenveel

getraind en kregen de cliënten dezelfde hoeveelheid therapie, eens per week in een groep en eens per week een individuele sessie. Primaire uitkomstmaten waren vermindering van de mate van suïcidaliteit en zelfbeschadigende handelingen en het aantal opnames op een psychiatrische afdeling. Daarnaast werden stemming en interpersoonlijk functioneren gemeten via vragenlijsten.

In dit onderzoek leggen Bateman en Fonagy er de nadruk op dat gestructureerde behandelmethodes geïndiceerd zijn voor de behandeling van borderline problematiek, maar ook dat de methode relatief snel en eenvoudig aan te leren moet zijn wil de methode praktisch bruikbaar zijn.

Uitkomsten van dit onderzoek zijn dat beide behandelvormen effectief zijn maar dat MBT na achttien maanden de beste effecten heeft. Bij de controleconditie zakt het percentage zelfverwondend gedrag en suïcidaliteit in de eerste periode sneller maar het blijft hangen op een middelmatig niveau. Bij MBT zakken eerst de depressiviteit en de interpersoonlijke problemen en daarna zakt het percentage zelfverwondend gedrag, suïcidaliteit en ziekenhuisopname veel sterker. De auteurs vermoeden dat het werken met een theoretisch duidelijk en geïntegreerd model voor de cliënten uiteindelijk het beste uitpakt. Zij zien MBT als een methode die relatief snel aan te leren is met relatief weinig supervisie.

Nog niet duidelijk is wat het langetermijneffect is en wat de bevindingen zijn als andere centra dit onderzoek gaan herhalen.

Vergelijking met andere behandelvormen

De vraag kan wel gesteld worden hoe de vergelijking zou uitvallen als ambulante MBT vergeleken zou worden met Dialectische Gedragstherapie (DGT) of met Schematherapie. De gestructureerde vergelijkingsgroep in het hier besproken onderzoek lijkt diverse DGT-elementen te bevatten. Bij deze behandelconditie starten de cliënten sneller met het verminderen van zelfbeschadiging en suïcidaliteit. Dit is tegelijk een van de hoofddoelen van DGT (Linehan, 1993). Dit roept de vraag op wat er gebeurt als er eerst een blok DGT en daarna MBT aan de cliënt gegeven wordt. Is het effect dan nog groter en wordt het ineffectief dan misschien sneller bereikt?

Opvallend is dat de auteurs benadrukken dat het model relatief makkelijk aan te leren is aan een behandelteam. De ervaring die wij hebben is dat het werken met deze doelgroep veel vraagt van een team. De agressie die uitbesteed wordt door de doelgroep en de angsten die dit kan oproepen zijn vaak moeilijk te verdragen en te verwerken door een team. Het behandelmodel doet een groot beroep op het mentaliserend vermogen van de therapeut en het team. De holding en de kwaliteit van de aansturing van een MBT-team lijken daarbij zeer belangrijke elementen te zijn. In den lande horen we dat het niet altijd even gemakkelijk is om in een door DBC-regels geleide GGZ een levensvatbaar MBT-team op te richten en in stand te houden. De vraag is dus of de kwaliteit van het team niet mee-

genomen moet worden als variabele in het effectiviteitonderzoek bij dit soort behandelingen.

Dat neemt niet weg dat dit onderzoek de weg verder opent voor het 'evidence based' toepassen van ambulante MBT, een alternatief voor de veel zwaardere vijfdaagse MBT. Uit het onderzoek wordt niet duidelijk wat de criteria zijn om te kiezen tussen ambulante MBT en vijfdaagse deeltijd-MBT. Crisisgevoeligheid, maatschappelijk participatie en / of het kunnen verdragen van vijf dagen in een groep lijken hierbij belangrijke criteria, maar worden niet als zodanig genoemd in het hier besproken onderzoek.

Literatuur

- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 158, 36-42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry* 160, 169-171.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline*

Personality Disorder; a practical guide.
Oxford: Oxford Press.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry* 166, 1355-1364.

Burger, C., Haar, A ter & Post, N. (2010). Mentaliseren in psychodrama. *Groepen* 5, 12-34.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Multidisciplinaire richtlijn
Persoonlijkheidsstoornissen (2008). Utrecht:
Trimbos Instituut.

Ormont, L. (1990). The craft of Bridging.
*International Journal of Group
Psychotherapy*, 40, 3-17.