

# Mentaliseren en schematherapie in een groep

Een vergelijkende beschrijving van twee handboeken voor evidence-based behandelingsmethodes van borderline persoonlijkheidsstoornis.

Recent zijn er twee boeken verschenen waarin een *evidence-based* individuele behandelingsmethode wordt beschreven zoals deze wordt toegepast in de groepstherapie. Farrell, Reiss en Shaw (2014) schreven een handboek schematherapie dat voortborduurde op het onderzoek waar Farrell en Shaw hoge effectiviteitscijfers mee hebben gescoord. Er wordt meer rekening gehouden met de verschillende settings waarin men cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis behandelt, zoals een kliniek of een deeltijd. Het andere boek betreft de stroming van het mentaliseren; Karterud brengt de MBT en MBT in de groep (MBT-G) samen in één handboek (Karterud, 2015). In dit artikel wil ik de lezer informeren over de inhoud van deze boeken. Daarnaast zal ik mijn visie geven op de wijze waarop de groep an sich en het groepswerk aandacht krijgt in beide boeken.

## Mentaliseren

Karterud is medisch directeur van de afdeling persoonlijkheidsstoornissen van het Universiteitsziekenhuis te Oslo. Hij leidt de onder-

zoeksprogramma's en werkt met Bateman en Fonagy samen op het gebied van MBT. Hij schrijft in zijn introductie dat hij in Noorwegen de teloorgang van de groepsanalyse en therapeutische gemeenschappen bemerkte, een omgeving waar hij tot die tijd werkzaam was en veel onderzoek deed. Hij werd weer enthousiast voor zijn werk door de bruisende en opbloeiende stroming van Bateman en Fonagy, zowel wat het onderzoek betreft als de therapeutische methode. Karterud had al veel gepubliceerd in het Noors over mentaliseren in de groep. Nu ligt er dus een Engelse versie van een handboek. Het doel daarvan is om toekomstige MBT-G-therapeuten te kunnen trainen, en dat het een kwaliteitscontrole kan zijn, ook wat betreft betrouwbaarheidsfactoren, en dat het kan dienen als onderzoeksprotocol. Het wordt al in de inleiding duidelijk dat Karterud van oorsprong een groepsanalyticus is; auteurs als Foulkes, Tomasello en Bion worden aangehaald. Hij zet de mens neer als sociaal wezen en verwijst dan naar de evolutietheorie. Hij ziet het als een uitdaging om deze verschillende stromingen te integreren en al deze visies en begrippen

inclusief die van het MBT als een matrix te gaan vormen. Een vitalisering van de groepstherapie, noemt hij het.

In hoofdstuk 1 gaat hij uitgebreid in op de theoretische en historische achtergrond van het behandelen van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Het geeft een mooi overzicht en legt scherp de verschillen tussen de diverse benaderingen uit; een *must* voor collega's die lesgeven in groepstherapie. Kern is dat men de cliënt vaak overschat en je daarom geen ruimte moet laten voor associëren, zoals dat wel gedaan wordt in de klassieke groepstherapie. Hij is duidelijk in zijn boodschap: de groepstherapie moet zodanig zijn vormgegeven dat er ruimte is voor cliënten om te kunnen verbeelden (*as if*-modus) en om gedachten en gevoelens van zichzelf en van anderen als representaties te kunnen ervaren (reflectieve modus). 'Group therapy has to offer a similar ground and stimulate and cultivate the desire for entering this ground in a renewed attempt to develop the capacity for explicit mentalizing' (p. 33).

In hoofdstuk twee gaat hij hier verder op in en werkt hij de principes van de MBT-G uit. Hij hanteert een duidelijke structuur van opening, werkfase en afronding. De therapeut is actief en houdt deze fases aan. Het start met de aanwezigheid en afwezigheid van iedereen. In de tweede fase gaat het er als eerste om een brug te maken naar de vorige sessie. Het doel is telkens om iedereen aan het mentaliserende werk te krijgen. Er wordt een rondje gemaakt over wat de cliënten willen inbrengen. De therapeut koerst vooral op de relaties in het hier en nu, ook

op relaties buiten de groep. Hij gaat vervolgens in op die inbreng die relevant is voor de groep als geheel. Daarvan worden voorbeelden in het boek uitgewerkt. Er worden eerst vragen gesteld ter verheldering, daarna volgt het snappen van de gebeurtenis op een meer passende manier en vervolgens de afronding. Dit alles gebeurt onder actieve leiding van de therapeuten, maar met behulp van de groepsleden. Karterud is duidelijk over het feit dat MBT-G geen individuele therapie in de groep is. De therapeut houdt de groep als geheel bewust in gedachten. Met het werken op deze manier kan een groepslid ook een representatie van de groep als geheel krijgen en houden. De hechting is dan tot stand gekomen of hersteld. Een regulier MBT-programma duurt 18 maanden. Karterud geeft aan dat er nog geen evidentie is voor wat het beste is. Cliënten die een gedesorganiseerde hechting hebben, zijn pas na een jaar therapie in staat tot enige stabiliteit. Om dan een therapie te beëindigen, is wat hem betreft derhalve te vroeg. De MBT-G kan 18, 24 of 36 maanden duren. Het hangt dan ook af van de cliënt zijn mogelijkheden. In hoofdstuk 3 en 4 gaat hij in op de MBT-G-AQS, de ratingscale met 19 items over het functioneren van de groep. In hoofdstuk 5 kun je een uitgewerkte groepsessie bijna verbatim lezen.

### **Schematherapie**

Het boek over schematherapie heeft als ondertitel: een complete gids voor individuele, groeps- en geïntegreerde behandeling met

schemamodi. Er is een voorwoord van Jeffrey Young en van Arnoud Arntz. In hoofdstuk 1 (inleiding) wordt uiteengezet dat het voorgestelde model theoretisch aansluit bij de individuele schematherapie (Young, 2005) en bij de groepsschematherapie van Farrell en Shaw (2012). Over dit laatste

boek is een recensie verschenen in *Groepen* (Claassen, 2012). De opzet van dit nieuwste model is een integratie van individuele therapie en de groepstherapie waarbij de schemamodi centraal staan. Het model schrijft voor dat er 42 groepssessies zijn met 12 individuele sessies.

#### *Opzet en inhoud van de 42 GST-sessies*

<b>week</b>	<b>inhoud</b>
1-6	welkomstgroep en educatie over schematherapiegroep
6-18	modusbewustwordingsgroep
18-30	modusregulatiegroep
30-42	ervaringsgericht-moduswerk-groep

De individuele sessies zijn een aanvulling op het groepswork en de schemamodus die in die week centraal staat. De schrijvers benadrukken dat het niet om een rigide protocol gaat. Afhankelijk van de setting kan er geschoven worden in de tijd en duur van het protocol. In een (dag)klinische setting kunnen er meer groepssessies in de week worden aangeboden, aangevuld met vaktherapieën. In hoofdstuk 2 worden de beginselen van de schematherapie en de groepsschematherapie uiteengezet. Het komt er op neer dat veiligheid het belangrijkste aspect is voor de groepstherapeut om te waarborgen; zonder veiligheid in de groep kan er geen hechting ontstaan. Dat vraagt een actieve houding van de therapeut; conflicten stoppen, grenzen van iedereen bewaken, de sessies structureren op de modus die centraal staat die week, en een 'goede ouder' zijn. Er zijn

twee therapeuten; één meer op het individu gericht, de ander meer op de groep. 'De groepstherapeuten moeten in staat zijn om de groep zich te laten concentreren op het werken met een specifiek individu om dan de focus te verbreden naar alle groepsleden' (p. 13).

De groepstherapeutische factoren, zoals universaliteit, worden aangehaald en staan in dienst van de schematherapie doelen en -technieken.

Hoofdstuk 3 beschrijft in grote lijnen de opzet van het handboek en hoe je dat kan inpassen in een setting zoals een kliniek. Hoofdstuk 4 geeft naast de uitgewerkte beschrijving van elke sessie (inclusief handouts met plaatjes van elke modus) ook tips voor de groepstherapeut. Het zijn 46 tips, een opsomming uit het handboek van GST. Samengevat komt het erop neer dat je als groepstherapeut een goede ouder bent van

een surrogaat familie, en een actieve houding hebt met veel oogcontact en aanmoediging. De therapeut maakt contact met de cliënt op het ontwikkelingsniveau waar de cliënt zich bevindt. Vaak is dat op een kindniveau. De tip aan de groepstherapeut ‘geef iedereen evenveel aandacht’ lijkt mij overigens een onmogelijke opdracht. De uitwerking van alle groepssessies zijn uitgebreid met uitgewerkte voorbeelden. Hoofdstuk 5 gaat over de individuele sessies. Hoofdstuk 6 gaat over training, supervisie en onderzoek.

### Onderzoek

Beide handboeken borduren voort op al bestaande therapiemodellen. Modellen die gelden als evidence-based modellen voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis. Die modellen zijn dus goed onderzocht. Deze boeken staan aan het begin van onderzoek. De MBT-G wordt momenteel in Oslo onderzocht. Bateman en Fonagy komen zelf met een nieuw handboek dit jaar over MBT. Het handboek van de groepsschematherapie ‘Plus’, zoals ik het noem, werd in drie pilotstudies onderzocht door mede-auteur Reiss. Uit deze pilotstudies kan men concluderen dat ‘GST-Plus’ werkt voor cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis, ook qua tevredenheid van cliënten over de therapievorm.

### Gebruik van de groep en groepsdynamiek

Het vreemde is dat beide oorspronkelijke modellen, zowel MBT als GST, in de groep werden uitgevoerd en onderzocht. Dus

waarom nu eigenlijk twee nieuwe handboeken? Ik denk dat het te maken heeft met de weerbarstige praktijk van de behandeling van cliënten met persoonlijkheidsstoornissen *in een groep*; de technieken zijn nog wel te trainen, maar de groepsdynamiek is een vak apart voor therapeuten die tot dan toe alleen individueel hebben gewerkt. Ik vermoed dat de trainingsprogramma's van zowel het MBT als de GST voor deze nieuwe therapeuten tekort schoot waar het gaat om werken in en met de groep als geheel. Dagelijks kom je problemen tegen in de groep; het is heftig, onstuimig en gaat over hechten en onthechten. Wat doe je als iemand boos de groep uitloopt? Wat doe je als iemand de ander niet kan luchten of zien? Wat doe je in een groep met een verliefd stelletje? Dit zijn nog maar drie van de reeks vragen die ontstaat in het werken met een groep cliënten met borderline problematiek. Vragen die ik vaak krijg als supervisor van multidisciplinaire teams.

Dit nieuwe boek over schematherapie geeft daarvoor geen handvatten of oplossingen. Het is in mijn ogen een compleet cognitieve therapie geworden. Wanneer er een cliënt in de booskind-modus zit, terwijl het de modusregulatieweek is van de afstandelijke beschermer, is het devies dat je flexibel moet zijn, eerst aandacht moet geven aan de huidige gemoedstoestand, maar wel verder moet gaan met de modus van de week. Zoals een ouder dat ook zou doen. En daarmee is het een meer taakgerichte therapiegroep geworden. Dit taakgerichte past bij de visie die Farrell en Shaw oorspronkelijk hebben op de (behandeling van) cliënten met bor-

derline problematiek, namelijk dat het gaat om crisismanagement en emotieregulatie (Farrell & Shaw, 2012).

Het kinderlijk aanspreken en het werken met plaatjes bij elke modus in de cognitieve hand-outs in het schematherapieboek staat in schril contrast met hoe serieus Karterud het aanpakt met cliënten. Zijn meer procesgerichte benadering doet recht aan de ernstige (hechtings)problematiek van de cliënten. Zijn visie op hoe de groep te gebruiken, is gestoeld op ervaring in groepsanalytische groepstherapie. Hij maakt een ware matrix van mentaliseren en groepstherapie, met oog voor het ontstaan van borderline problematiek en de moeilijke relaties die dit geeft in een groep mensen. Het faciliteren op deze soepele gestructureerde manier, ook al kan het drie jaar duren, geeft een ander vooruitzicht, lijkt mij, dan 42 gestructureerde groepsessies en 12 individuele sessies. Mijzelf inlevend in een cliënt zou ik bij de meer procesmatige groep echt aan de bak moeten. Bij de meer taakgerichte groep zou ik een leuke tijd hebben, maar weet ik niet of ik het geleerde ook in een andere groep zou kunnen meenemen.

Ik geloof niet dat onderzoek deze scholensrijd zal beslechten. Het is appels met peren vergelijken wat betreft de behandeling van ernstige problematiek in een groep. Mijn advies aan behandelaren is te doen waar je je goed bij voelt en te blijven luisteren naar je intuïtie. De grondbeginselen van een groepstherapie, namelijk zorgen voor een veilig klimaat door te structureren, contact op gang te brengen en te zorgen voor voldoende emotionele lading, is het allerbe-

langrijkste en kan maar gedeeltelijk gedaan worden door de methode. Kennis en kunde over groepsprocessen en groepsdynamiek is dan ook zeer belangrijk. En die kennis en kunde is wat mij betreft het startpunt of de kapstok voor therapie in de groep of setting. Zonder een visie op de pathologie van cliënten of visie op (het gebruik) van de context van de methode, zoals de groep of setting, kun je de therapiemethode of protocol beter individueel toepassen.

Anne-Marie Claassen

## Literatuur

- Claassen, A. (2012). Marvelous and Great. Groepsschematherapie volgens Farrell en Shaw, een impressie. *Groepen* 7(4), 47-49.
- Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2012). *Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. A Step-by-Step treatment. Manual with patient workbook*. Wiley-Blackwell.
- Farrell, J.M., Reiss, N. & Shaw, I.A. (2016). *Schematherapie in de klinische praktijk. Een complete gids voor individuele, groeps- en geïntegreerde behandeling met schemamodi*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G). A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford University Press
- Young, J.E., Klosko J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.