



Dit is mijn groep

# MBT Herstelgericht

In deze rubriek wil de redactie collega's aan het woord laten die aan de hand van een format hun groep beschrijven. Wilt u ook anderen laten delen in de doelgroep waarmee u werkt of uw specifieke werkwijze kenbaar maken, neem dan contact op met de redactie ([secretariaat@groepspsychotherapie.nl](mailto:secretariaat@groepspsychotherapie.nl)) om het format aan te vragen.

Door **Salvatore Vitale**, klinisch psycholoog / psychotherapeut bij GGZ Rivierduinen en **Ingrid Heijnekamp**, verpleegkundig specialist ggz bij PsyQ Zoetermeer (tot voor kort bij GGZ Rivierduinen).

Reacties: [s.vitale@rivierduinen.nl](mailto:s.vitale@rivierduinen.nl)

**M**entaliseren bevorderende therapie (MBT) is ontwikkeld door Bateman & Fonagy (2004) en is een *evidence-based* behandeling voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Karterud (2015) definieert mentaliseren als iets dat zowel zelfreflectief als interpersoonlijk is en doelt daarmee op het kunnen begrijpen van ervaringen en acties van jezelf en van anderen in termen van mentale toestanden, zoals veronderstellingen, gevoelens, meningen en wensen. Persoonlijkheidsstoornissen kenmerken zich door problemen in het mentaliserend vermogen en vanuit het MBT-model zijn problemen in het mentaliserend vermogen de kern van de problematiek bij patiënten met een BPS. De complexe relatie tussen hechtingsrelaties, mentaliserend vermogen en BPS wordt door Bateman & Fonagy (2004) zelf en door anderen (o.a. Karterud, 2015) uitvoerig beschreven. In Nederland zijn er verschillende ggz-instellingen die een MBT-behandelprogramma bieden voor patiënten met een BPS. Dit aanbod betreft diverse varianten, waaronder het op wetenschappelijke evidentie gestaafe vijfdaagse deeltijdprogramma en het intensief ambulante programma voor volwassenen (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2009). Binnen GGZ Rivierduinen wordt onder andere een intensief ambulant MBT-programma geboden voor patiënten met

persoonlijkheidsstoornissen en ernstige psychische aandoeningen (EPA).

In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van een door ons recent opgezette nazorggroep voor patiënten die het gehele intensief ambulante MBT-programma hebben doorlopen. Vanuit een herstelgerichte manier van werken wordt een laagfrequente groepsbehandeling geboden, met als uitgangspunt de MBT-methodiek. Om een beeld te schetsen van de manier van werken in deze groep zullen wij achtereenvolgens een beschrijving geven van de context van de groep in het MBT-behandelprogramma, de opzet van de MBT-herstelgerichte groep en het groepsproces, geïllustreerd aan de hand van vignetten. Tot slot reflecteren we op de groep zoals deze nu inmiddels ruim een jaar door ons wordt gegeven.

### **MBT-behandelprogramma**

Binnen GGZ Rivierduinen wordt op de locatie Voorhout een intensief ambulante MBT-behandelprogramma geboden in de vorm van een gefaseerde psychotherapeutische behandeling voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De doelstelling is het effectief behandelen van EPA-patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, middels een evidence-based behandeling in de vorm van MBT, waardoor deelname aan de maatschappij wordt bevorderd en klinische opnames worden voorkomen. De behandeling wordt geboden door een multidisciplinair team. Het programma bestaat uit drie behandel fasen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen een stabilisatiefase, de hoofdbehandeling en de rehabilitatiefase. Alvorens dieper in te gaan op onze groep, de MBT Herstelgericht – het behandel aanbod na de rehabilitatiefase

– zullen wij eerst in grote lijnen de voorgaande behandel fasen beschrijven om beter zicht te hebben op de context waarbinnen de groep plaatsvindt.

De eerste fase van de MBT-behandeling is de **stabilisatiefase** die bestaat uit diagnostiek, een combinatiebehandeling van wijkgerichte zorg, Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT), Intensive Home Treatment (IHT), Sociaal Psychiatrisch Behandelen (SPB) modulen én MBT, gericht op motivatie voor hoofdbehandeling en op de individuele patiënt afgestemd. De stabilisatiefase is opgedeeld in blokken van maximaal vier weken, zodat na elke vier weken een start gemaakt kan worden met de hoofdbehandeling of op indicatie een module uit de stabilisatiefase ingezet kan worden tijdens de hoofdbehandeling. Dit laatste kan gedurende maximaal vier weken.

De **hoofdbehandeling** duurt maximaal acht maanden en betreft een psychotherapeutische MBT-behandeling in de vorm van een groepspsychotherapie in drie mogelijke intensiteiten (variërend van een tot drie keer per week groepspsychotherapie) in combinatie met een (tweewekelijkse) individuele MTB-behandeling. Tijdens de hoofdbehandeling kunnen aanvullend, indien geïndiceerd, Mentaliseren Bevorderende Therapie voor Families (MBT-F), mindfulness, kortdurend preventief verblijf in de kliniek (BOR) en farmacotherapie worden ingezet.

De **rehabilitatiefase / resocialisatiefase** behelst een follow-up behandelcontact in de vorm van een wekelijkse groepsbehandeling met een duur van maximaal anderhalf jaar. Gedurende deze periode wordt maximaal ingezet op sociale rehabilitatie, met een combinatie van poliklinische en wijkgerichte zorg, farmacotherapie en casemanagement.

Sinds 2016 is aansluitend aan het bestaande MBT-behandelprogramma een langere durende laagfrequente groep toegevoegd (eens per twee weken) na het afronden van de rehabilitatiefase, in het kader van een laatste herstelgerichte fase na afronding van de reguliere MBT-behandeling. De reden hiervoor is dat met de veranderingen

*De uitdaging is  
te voorkomen dat  
er schotten ontstaan  
tussen behandelprogramma's  
en vervolgtrajecten*

binnen de ggz, waaronder de opsplitsing in specialistische ggz en basis-ggz, ook verandering wordt gevraagd van bestaande behandelprogramma's. De uitdaging daarbij is te voorkomen dat er schotten ontstaan tussen behandelprogramma's en vervolgtrajecten, waardoor patiënten tussen wal en schip dreigen te vallen. Met name bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en EPA kan dit grote negatieve gevolgen hebben. Vanuit deze context en gedachte is de herstelgerichte MBT-groep in de basis-ggz ontstaan en zal de taakstructuur van de groep nader door ons worden omschreven.

**De taakstructuur**

*Doelgroep*

De MBT Herstelgericht is een groepsbehandeling voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in de EPA-doelgroep die het gehele MBT-behandelprogramma hebben

doorlopen en voldoende geprofiteerd hebben van de behandeling, maar die ter voorkoming van terugval en voor handhaving / stabilisatie profijt kunnen hebben van een laagfrequent groepscontact. Deze groep wordt ondergebracht in de (chronische) basis-ggz, omdat de verwachting is dat zij vanwege de complexiteit en de chroniciteit van hun problematiek langer durend contact nodig zullen hebben. De doelgroep betreft patiënten in de leeftijd van 18-65 jaar met overwegend een *low level* borderline organisatie. In diagnostische termen: cluster B persoonlijkheidsproblematiek, met als hoofd diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis, eventueel in combinatie met enige narcistische en antisociale persoonlijkheidskenmerken. Contra-indicaties zijn bij de start van de groep problematisch middelengebruik of verslaving, matige impulscontrole en psychotische klachten. Deze doelgroep wordt gekenmerkt door ernstige fysieke en seksuele traumatisering in de voorgeschiedenis, hechtingsproblematiek en (op momenten) gebrekkige emotieregulatie, waardoor *holding* en *containment* door de therapeuten (zoals in elke behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis) belangrijk zijn om de commitment aan de behandeling te behouden.

*Groepsdoelen en individuele behandeldoelen*

Deze vorm van groepsbehandeling richt zich op het bestendigen van de behaalde resultaten in de MBT, het afbouwen van de behandeling en het opbouwen van herstel, dat wil zeggen een maatschappelijk zelfstandig bestaan. De individuele behandeldoelen in deze herstelgerichte groep zijn driedelig: het behoud van het huidige niveau van psychisch functioneren, en het verbeteren van het

sociaal- en het maatschappelijk functioneren. Voorafgaand aan deelname aan de groep vindt een intakegesprek met beide groepstherapeuten plaats waarin de individuele behandeldoelen samen met de patiënten worden geformuleerd. De groepsdoelen en de individuele doelen worden door de regiebehandelaar, de verpleegkundig specialist, samen met de deelnemers jaarlijks geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Het afsluiten van de behandeling kan een (eind) doel zijn, waarbij er van tevoren geen limiet wordt gesteld aan deelname aan de groep, omdat herstel voor deze categorie EPA-patiënten lange tijd in beslag kan nemen en voor alle deelnemers verschillend kan zijn.

### *Werkwijze*

De MBT Herstelgericht is gericht op herstel van de individuele patiënten. Vanuit de herstelgerichte en herstel ondersteunende aanpak staat de eigen regie van de patiënt centraal. Hieruit vloeit voort dat patiënten en hun naasten actief betrokken worden in alle besluitvorming rondom de behandeling (*shared decision making*) en dat behandeling gericht is op het versterken van de eigen kracht (*empowerment*). Het rapport van Frank van Hoof et al. (2014) citeert uit een overzichtsartikel van Leamy et al. (2011), waarin overeenkomstige herstelgerichte processen / doelen beschreven staan, als volgt:

- hernieuwde betekenisgeving aan de eigen psychische klachten en het eigen levensverhaal
- hervinden van een eigen persoonlijke identiteit
- hervinden van verbondenheid met anderen
- hervinden van perspectief en hoop
- hervinden van grip op het eigen leven.

Herstel wordt bij de groep EPA-patiënten vaak belemmerd door een aantal factoren. Op sociaal gebied kunnen symptomen als achterdocht de verwachtingen in sociaal verkeer verstoren. Ook hebben veel patiënten last van sociaal cognitieve beperkingen, waardoor ze het gedrag van anderen niet of moeilijk begrijpen. Er is vaak sprake van een verstoorde jeugd door hun klachten, waardoor ze nauwelijks een sociaal leven hebben kunnen opbouwen. Daarnaast is er in de biografie vaak sprake van verwaarlozing, misbruik of mishandeling, waardoor deze patiënten zich niet veilig voelen in contact met anderen. Maar ook de maatschappij / samenleving draagt bij aan uitsluiting. Patiënten ervaren nog vaak stigmatisatie en discriminatie. Het sociale isolement zorgt er ook voor dat EPA-patiënten vaak een structureel lager inkomen hebben dan andere mensen (Couwenbergh en Van Weeghel, 2014). Hierbij aansluitend hebben Dröes en Plooy (2010) beschreven hoe herstel bij EPA-patiënten bevorderd kan worden door in de behandeling:

- present te zijn, met aandacht aanwezig te zijn, oog hebbend voor de persoon in al zijn rollen
- kennis niet op te dringen aan de patiënt, maar de patiënt vragen te stellen en opties aan te bieden
- aan te sluiten bij het eigen verhaal van de patiënt, gericht op de persoon en niet op de ziekte
- de eigen kracht van de patiënt te herkennen en stimuleren (*empowerment*)
- erkenning en gebruikmaking van de ervaringsdeskundigheid van de patiënt
- het stimuleren en benutten van ondersteuning door belangrijke anderen, gericht op de eigen autonomie en het

verlichten van het lijden, waarbij het een nooit ten koste mag gaan van het ander.

De MBT-methodiek sluit dan ook goed aan bij de problematiek van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en EPA en bij de manier van herstel bevorderend werken. De therapeutische houding vanuit de herstelgerichte benadering (het present en met aandacht aanwezig zijn, het niet opdringen van de mening van de therapeut en het aansluiten bij het eigen verhaal van de patiënt) sluit naadloos aan bij de basishouding van de MBT-therapeut (betrokkenheid, warmte en interesse en een niet-wetende, nieuwsgierige houding (Karterud et al., 2012). De patiënten worden *empowered* door ze voortdurend aan te moedigen om bij de eigen gedachten en gevoelens stil te staan en te mentaliseren over deze gedachten en gevoelens en zo het eigen mentaliserend vermogen weer op gang te brengen.

Er wordt gebruikgemaakt van de ervaringsdeskundigheid van alle groepsdeelnemers in de MBT Herstelgericht, door hen te vragen hoe zij de situatie van de ander zien / beleven en hier iets over te vertellen aan de ander. De houding van de therapeuten in de groep is dan ook actief, stimulerend, ondersteunend, verbindend en onderzoekend. De focus is vooral in het hier en nu, interventies concreet en in kleine stappen, met als doel het mentaliseren te bevorderen met betrekking tot onderwerpen passend bij de groeps- en individuele doelen zoals eerder beschreven. Hierbij wordt zowel gekeken naar het mentaliseren over wat er bij een patiënt zelf gebeurt als over wat er in interactie met de groepsleden en/of de therapeuten gebeurt. Het hanteren van het spanningsniveau bij de individuele groepsleden is daarbij vanuit de

MBT-methodiek een belangrijk onderdeel. Er wordt zowel gebruikgemaakt van individuele interventies in de groep, zoals passend bij de MBT-methodiek, als van interventies op groepsniveau en interventies volgens het model van de interpersoonlijke groepstherapie van Yalom (Yalom & Leszcz, 2005). Een schatting van de verhoudingen van de verschillende interventies in onze groep is achtereenvolgens 70, 20 en 10 procent.

### *Taak*

Van de patiënten in de groep wordt verwacht dat zij bereid zijn zelf problemen in te brengen om die samen met de groep te onderzoeken en erover te mentaliseren. Tevens moet er een bereidheid zijn tot luisteren naar anderen en te reageren op elkaar. Reguliere groepsafspraken gelden ook voor deze groep en betreffen de aanwezigheid, op tijd komen, afwezigheid vooraf melden (in de groep, telefonisch, per mail aan de therapeuten), vertrouwelijkheid, respectvol met elkaar omgaan, geen verbale of fysieke agressie, geen telefoons en geen eten in de groep.

Onderling contact wordt niet gestimuleerd, maar ook niet expliciet verboden, omdat het over het algemeen patiënten betreft die over geen of slechts een beperkt sociaal netwerk beschikken en onderling contact juist ook iemand (tijdelijk) uit een sociaal isolement kan halen. Wel dient onderling contact bespreekbaar te zijn in de groep. In de praktijk blijft het onderlinge contact vooral beperkt tot voor- en na de groepstherapie met elkaar samen zijn.

### *Vormgeving*

De groep wordt gegeven vanuit de (chronische) basis-ggz, waarbij de primair- en

hoofdbehandelaar van de patiënten de verpleegkundig specialist is. In uitzonderingsgevallen kan naast de groep gekozen worden voor individuele gesprekken met duidelijk omschreven doelen zoals crisisinterventie, medicatie(controle), terugvalpreventie, het bevorderen van zelfmanagement en herstel in belangrijke rollen.

*Wij twijfelden  
of een laagfrequente  
groepsbehandeling wel  
voldoende dynamiek  
zou opleveren*

Deze contacten worden geboden door de verpleegkundig specialist. Zij is tevens een van de twee groepstherapeuten en geeft de groep samen met een klinisch psycholoog / psychotherapeut. Beiden zijn geschoold in de MBT vanuit MBT Nederland, waarbij de klinisch psycholoog / psychotherapeut ook meerdere jaren in het intensief ambulante MBT-behandelprogramma heeft gewerkt. De therapeuten hebben tot aan de start van de MBT Herstelgericht niet eerder samen een groep gegeven.

Het maximale aantal deelnemers in de groep is acht. Het is een open groep zonder limitering in tijd. Groepszittingen duren zestig minuten zonder pauze en vinden eens per veertien dagen plaats. De therapeuten hebben bij elke zitting vijftien minuten voor en vijftien minuten nabespreking. De groep

wordt gegeven in een vaste groepsruimte en heeft als opstelling een kring met stoelen in een prikkelarme ruimte. De enige structuur die geboden wordt tijdens de groepszittingen is bij aanvang. Er wordt gestart met eventuele mededelingen door de therapeuten (bijvoorbeeld over afwezigheid van groepsleden en/of therapeuten) om daarna kort terug te blikken op het gemeenschappelijke thema van de vorige zitting en/of eventuele belangrijke thema's van een of meerdere groepsleden. Dit om de onderlinge samenhang en de continuïteit wat betreft individuele- en groepsthema's bij deze laagfrequente groep te versterken. In eerste instantie volgde aansluitend een beginrondje, waarin de groepsleden individueel gevraagd werd of hij / zij nog iets in te brengen had voor deze groepsessie. Na een aantal maanden hebben wij dit aangepast en zijn we gaan werken volgens de werkwijze van Karterud zoals uiteengezet door hem tijdens het NVGP-congres (Vitale & Leferink op Reinink, 2017): een korte inventarisatie van wie er iets in te brengen heeft deze zitting, zonder hierover inhoudelijk uit te wijden, om vervolgens de groepsleden onderling te laten bepalen wie de zitting start met inbreng. Er is bewust voor deze manier van werken gekozen, omdat de zittingstijd gelimiteerd is. De invloed van deze verandering op het groepsproces zal later in het artikel nader worden beschreven. Inmiddels draait de MBT Herstelgericht op deze manier ruim anderhalf jaar en is er in de zomer van 2017 een tweede groep met dezelfde opzet gestart. Aan de hand van een beschrijving van het groepsproces zal een beeld worden geschetst van de groepsdynamiek en de groepsprocessen bij deze laagfrequente ambulante MBT-groep.

## Groepsproces en -dynamica

Aan de hand van de ontwikkelingsfases vanuit het model van Levine (1982) zullen we het groepsproces van de MBT Herstelgericht gedurende het eerste jaar beschrijven, waarbij per fase aandacht is voor de mate van cohesie, normen en rollen van de groepsleden en de samenwerking tussen de therapeuten. Ter illustratie zullen wij enkele vignetten toevoegen.

De MBT Herstelgericht startte in juni 2016 met vijf deelnemers (twee mannen en drie vrouwen). In eerste instantie werd ervoor gekozen om de groep op een andere locatie te geven dan het reguliere MBT-programma. Deze keuze was deels praktisch ingegeven (werkdagen en locaties van de groepstherapeuten), maar deels ook om het beëindigen van het intensief ambulante MBT-behandelprogramma door de deelnemers te markeren.

In de eerste weken van de groep (de parallelfase) was er bij veel van de groepsleden flink wat boosheid vanwege een gevoel van afwijzing, omdat zij van de specialistische ggz naar basis-ggz werden overgezet. Ze moesten afscheid nemen van het MBT-behandelprogramma en hun vertrouwde behandelaren. Het gaf een gevoel van afwijzing en opgegeven worden door de maatschappij en de ggz, maar ook door de therapeuten. De boosheid richting de therapeuten bleef in deze fase in eerste instantie wel weg, en uitte zich vooral in het ageren over de randvoorwaarden (wachtruimte, koffieautomaat, ingang gebouw) van de groep.

### *Vignet Wendy 1*

*Wendy is een vrouw van begin vijftig. Voordat zij aan de MBT Herstelgericht begon, heeft zij langdurig in de follow-up gezeten en ook*

*meerdere jaren een vaste individuele behandelaar gehad, aan wie ze zeer gehecht was en van wie ze afscheid moest nemen vanwege de overgang naar de MBT Herstelgericht. Volgens haar was deze behandelaar de eerste persoon buiten haar directe familieleden aan wie zij zich heeft durven hechten. In de eerste groepszittingen laat zij duidelijk weten dat ze erg ontevreden is over de nieuwe constructie. Ze vindt de nieuwe groepsruimte erg storend en reageert hierop door zeer onrustig om zich heen te kijken. Ze uit in de groep vooral haar boosheid, ook over het afscheid van haar vertrouwde behandelaar en is nauwelijks in staat om hierover te mentaliseren. Boosheid staat bij haar op de voorgrond en voor het achterliggende verdriet is er nog geen ruimte. Zij krijgt steun van een groepsgenote die aanhaakt bij haar boosheid en het daardoor nog moeilijker maakt om hierover te mentaliseren.*

Door de boosheid was er wel contact tussen patiënten onderling (herkenning) en met de therapeuten, die hierdoor een begin konden maken met het mentaliseren over deze boosheid. In de groep kon goed gebruikgevoerd worden van twee groepsleden die positiever en genuanceerder ten opzichte van de verandering stonden. Zij konden goed mentaliseren over wat het proces voor hen betekend had en dit overbrengen aan de andere groepsgenoten, die zo een alternatief ontvingen voor de eigen boosheid. Het ging in de eerste weken van de groep dan ook vooral over het omgaan met veranderingen, wat dit oproept aan gevoelens, maar vooral ook over onthechten en opnieuw hechten en het vertrouwen van nieuwe mensen. Als therapeuten moesten wij in deze fase vooral holding bieden en gevoelens van boosheid containen. Dit was niet altijd

gemakkelijk, maar zorgde wel voor cohesie bij de patiënten onderling, cohesie tussen de therapeuten en uiteindelijk ook voor goede stappen richting de opnemingsfase.

In deze fase ging het vooral over het ont-hechten ten opzichte van de therapeuten uit de MBT en opnieuw hechten aan de nieuwe therapeuten. Het onderling vertrouwen op-bouwen en hechten speelde voor de groeps-leden minder dan gebruikelijk is in een nieuwe groep, omdat de groepsleden alle-maal eerder tijdens de hoofdfase en/of de rehabilitatiefase een groepsbehandeling met elkaar hebben gevolgd. De groep ging daardoor vrij snel over van de parallelfase naar de opnemingsfase.

Na een aantal zittingen kwam er langzaam-aan meer ruimte voor individuele thema's van groepsleden die aansloten bij hun doe-len, gericht op het behoud van het huidige niveau van psychisch functioneren, en het verbeteren van het sociaal- en het maat-schappelijk functioneren. Onderwerpen zo-als moeite hebben met sociale contacten, vriendschappen, omgaan met de beperkin-gen van een borderline persoonlijkheids-stoornis voor jezelf (terugkerende periodes van somberheid, suïcidaliteit) en voor je directe omgeving (omgaan met stemmings-wisselingen) waren terugkerende thema's in de groep.

Toen een van de groepsleden voor het eerst sinds jaren weer was gaan automutileren riep dit veel op bij de andere groepsleden, met name over eigen ervaringen met auto-mutilatie en suïcidaliteit in het verleden. Over dit onderwerp werd door de groepsle-den open, met veel wederzijds respect en in veel verbinding gedeeld. Er was duidelijk sprake van een intimiteitscrisis.

Hoewel het ageren over de nieuwe locatie

van de groep niet meer op de voorgrond stond, is er uiteindelijk na vier maanden voor gekozen om de groep op een andere locatie te geven, omdat de randvoorwaarden (prikkelarme groepsruimte, ruimte om voor

## *Wat ons betreft zijn wij tot een mooi nieuw aanvullend behandelaanbod gekomen*

en na de zitting rustig na te praten) er ook reëel beter waren. Rond deze verandering kwam de groep gaandeweg in de opne-mingsfase / wederkerigheidsfase terecht. In deze fase werd de start van twee nieuwe groepsleden (een man en een vrouw) aange-kondigd. Vlak na de start van een van de nieuwe groepsleden was er sprake van een autoriteitscrisis.

### *Vignet Wendy 2*

*Tijdens een van de groepsessies laat Wendy vooral non-verbaal blijken dat ze zich niet goed voelt. Ze beweegt onrustig heen en weer op haar stoel, draait en zucht. Halverwege de sessie wordt het haar te veel en loopt ze de groep uit. Na enkele minuten gaat een van de groepstherapeuten achter haar aan. Wendy zegt dat ze boos is op een groepsgenote die volgens haar te veel aandacht opeist. Ze vindt dat wij als groepstherapeuten daar meer op moeten letten en de tijd moeten verdelen tus-sen de groepsleden. Wendy wordt door de groepstherapeut uitgenodigd om mee terug de groep in te komen en dit in de groep aan te*



*kaarten, te mentaliseren over haar gevoel dat de ene groepsgeenoot meer aandacht krijgt dan de ander. Ze gaat mee terug de groep in, maar wil niks zeggen over haar gevoel dat de aandacht niet goed verdeeld is. Pas in de volgende zitting kan er samen met haar onderzocht worden wat er bij haar gebeurde en durft zij haar boosheid, maar vooral haar teleurstelling over een van de groepstherapeuten uit te spreken.*

De groep bestond na de start van de twee nieuwe patiënten inmiddels uit zeven groepsleden. De nieuwe groepsleden vonden vrij snel aansluiting bij de groep vanwege gezamenlijke thema's wat betreft sociaal- en maatschappelijk functioneren, waarbij oplopende spanningen als gevolg van UWW-trajecten en spanningen binnen het gezin vanwege kinderen met eigen psychopathologie verbindend werkten. De start van de nieuwe groepsleden riep wel weer de thema's rondom hechting en vertrouwen op, maar in tegenstelling tot het begin van de groep was de boosheid en heftigheid van de andere emoties veel minder en kon er beter over gementaliseerd worden. Een belangrijk terugkerend thema in deze fase van de groep was het vragen om hulp in de groep, maar ook daarbuiten.

Voor de therapeuten kwam er in deze wederkerigheidsfase meer ruimte om groepsinterventies te doen in tegenstelling tot de meer individueel gerichte interventies in de groep zoals in de beginfase. Een voorbeeld hiervan is het afschaffen van het beginronde bij aanvang van de groep. Als alternatief werd er centraal gevraagd of iemand nog iets in te brengen had en werd er bij meerdere verzoeken iets in te brengen onderling bepaald wie de betreffende zitting kon starten.

Dit was voor deze groep een heftig proces, zeker omdat sommige groepsgeenoten in een eerder stadium van de groep bang waren aandacht te kort te komen, en het heeft weer tot een autoriteitscrisis geleid (zie vignet 2). Na een aantal weken kon men echter onderling prima dit overleg aangaan en prioriteiten stellen in wat besproken ging worden en wat even kon wachten. Met name het minder hoge spanningsniveau en de toename van vertrouwen en wederkerigheid maakte dit mogelijk.

De groep is inmiddels meer dan een jaar verder en heeft een duidelijke ontwikkeling laten zien en draagt bij aan het bespreken van de herstelgerichte behandeldoelen.

### **Reflectie**

Met een flinke dosis nieuwsgierigheid, maar ook met enige aarzeling, zijn wij gestart met deze groep. De aarzeling betrof vooral onze twijfel of een laagfrequente groepsbehandeling wel voldoende dynamiek zou opleveren tijdens de zittingen en voldoende groepsdynamische processen op gang zou brengen. Ook vroegen we ons af of een laagfrequente groep voldoende holding zou kunnen bieden. Ondanks dat een gedeelte van de groepsleden in het afgelopen jaar regelmatig aangaf het onvoldoende te vinden, is er niemand echt in crisis geraakt of ernstig achteruitgegaan in hun functioneren. Als er wel sprake was van verslechtering of een crisisachtige situatie dan was dit met behulp van de groep (eventueel aangevuld met een kort individueel contact met de regiebehandelaar) vaak voldoende op te lossen om weer vooruit te kunnen. Deze groepsleden, die ook wat meer stress- en crisisgevoelig leken dan de andere groepsleden, bleven de frequentie

van de groep echter als te laag ervaren. Dit lijkt passend bij de problematiek, waarbij verwaarlozing en uitstoting vaak al vanaf de jeugd een belangrijk thema is. De andere groepsleden vonden de lagere frequentie in het begin ook wel wennen, maar konden later prima vooruit in de nieuwe structuur. Wat vooral nieuwsgierig maakte was de vraag of de combinatie van MBT, herstelgericht werken en groepsdynamische processen voor onze patiënten een meerwaarde zou kunnen opleveren in het werken aan de gestelde doelen, niet in het minst in verband met de beperkte tijd die beschikbaar is in de generalistische basis-ggz.

De MBT Herstelgericht is een combinatie van individuele therapie in de groep, zoals veelal gebruikelijk binnen de MBT-methode, in combinatie met meer groepsgericht werken, waarvan met name later in het groepsproces gebruik wordt gemaakt op het moment dat het spanningsniveau niet zo snel meer oploopt. Er worden bewust groeps- en interpersoonlijke interventies gedaan om gebruik te maken van de (MBT-) ervaringen van de deelnemers in de groep om het proces van mentaliseren bij zichzelf en bij anderen op gang te brengen of te verdiepen. In de groep was het merkbaar dat de deelnemers vrij veel ervaring hadden in de MBT. Over ingewikkelde en spanningsvolle thema's zoals hechting, suïcidaliteit en afwijzing kon soms vrij snel goed gementaliseerd worden op basis van een korte interventie van een van de groepstherapeuten. Uiteindelijk had deze laagfrequente MBT-groep geen negatief effect op het groepsproces. Mogelijk was er zelfs sprake van een positief effect in die zin dat merkbaar was dat groepsleden er veel aan deden om ook daadwerkelijk bij de groep aanwezig te zijn,

omdat zij anders vier weken geen groep hadden.

Een andere bewuste keuze was dat de groepstherapeuten gericht werkten in de groep vanwege de duur van de groep (60 minuten). Aanvankelijk waren de groepsleden vooral boos over de korte tijd die zij voor hun gevoel kregen, maar na een aantal maanden gingen ook zij veel meer met focus en aandacht voor specifieke thema's en doelen aan de slag. Hierdoor wordt er echt gericht gewerkt aan herstel. Volgens ons zijn randvoorwaarden rondom een groep altijd een belangrijk onderdeel, maar zijn deze voor deze groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en EPA extra belangrijk om de holding te vergroten. Voorafgaand en na afloop van de groepstherapie in alle rust koffie kunnen drinken en even bijpraten, versterkt wat ons betreft de cohesie en heeft een gunstige invloed op het groepsproces, zeker bij een laagfrequente groep. Voor ons was dat dan ook de voornaamste reden geweest om de locatie van de groep aan te passen.

Zoals beschreven wordt er in de groep zowel gewerkt aan de individuele doelen, als aan hechtingsprocessen in de groep en daarbuiten. In vergelijking tot een MBT-groep in de hoofdfase van het MBT-programma is er meer aandacht voor de dagelijkse realiteit (maatschappelijke gebeurtenissen) in relatie tot de problematiek van de patiënten en dat maakt het niet alleen anders maar ook boeiend om deze groep te geven.

De herstelgerichte MBT-groep is een nieuw onderdeel van het eerder beschreven MBT-behandelaanbod voor EPA-patiënten binnen GGZ Rivierduinen en is in deze vorm binnen Nederland (en waarschijnlijk ook daarbuiten) een nieuw behandelaanbod voor deze doelgroep in deze fase van hun behan-

deling. Er is dan ook geen nationaal of internationaal onderzoek beschikbaar naar de effectiviteit van deze vorm van groepstherapie bij deze doelgroep. Hoewel wij als auteurs zelf op dit moment geen effectonderzoek doen – behoudens reguliere ROM-metingen – is het op termijn interessant om dit wel te gaan doen. Op basis van onze ervaring met deze groep zijn wij ervan overtuigd dat wij deze doelgroep met de MBT Herstelgericht een goed laagfrequent groepsaanbod bieden en net als Delespaul en de Consensusgroep EPA (2013) zijn wij van mening dat dit niet betekent dat dit een uitbehandelde groep is.

Bij de start van deze groep is er niet voor gekozen om een systematische effectmeting te doen. Eigenlijk een gemiste kans. Interessante vraag zou zijn of een dergelijk laagfrequent groepscontact iets bijdraagt aan de vooraf gestelde doelen van de groep. In de toekomst zou een onderzoek naar de effecten van deze groep vergeleken met de effecten op een vergelijkbare groep patiënten zonder nabehandeling of met een individueel behandelcontact als nazorgtraject de klinische relevantie kunnen bevestigen.

Verder zijn wij van mening dat meer initiatieven voor groepsbehandelingen bij deze complexe en vaak chronische doelgroep van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en EPA meer dan de moeite waard zijn om op te zetten.

Dit artikel komt dan ook voort uit ons enthousiasme over deze manier van werken bij deze doelgroep. De aarzeling die er vooraf was, is weggenomen. Na ruim een jaar heeft de groep een mooie ontwikkeling laten zien en wordt er hard gewerkt aan zowel de individuele- als de groepsdoelen. Belangrijker nog is dat de meerwaarde van de MBT-methodiek het juist uitdagend maakt om op deze manier te werken, omdat dit goed aansluit bij de kenmerken van de doelgroep, de ervaringsdeskundigheid van de patiënten in deze methodiek en het herstelgericht werken. Wat ons betreft hebben de diverse, vaak financieel gestuurde ontwikkelingen in de ggz, waaronder de opdeling van de ggz in basis- en specialistische zorg, er binnen ons MBT-programma toe geleid dat wij tot een mooi nieuw aanvullend behandelaanbod zijn gekomen, waarbij de meerwaarde zeker ook in de groepsbehandeling zit.

## Literatuur

---

Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, pp. 1563-1569.

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-Based treatment versus Structured Clinical Management. *American Journal of Psychiatry*, 166, pp. 631-638.

Couwenbergh, C. & J. van Weeghel (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Delespaul, Ph. & Consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(6), pp. 427-438.

Dröes, J. & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 19(2), pp. 6-17.

Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Selsbakk Johansen, M., Johansson, P. N., Schlüter, C., Urnes, O., Wilberg, T. & Bateman, A.W. (2012). The MBT adherence and competence scale (MBT-ACS): development, structure and reliability. *Psychotherapy Research*, 23(6), pp. 705-717.

Karterud, S. (2015). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G). A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford: Oxford University Press.

Leamy, M., V. Bird, C. le Boutillier, J. Williams, M. Slade (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, pp. 445-452.

Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J. & Ch. Muusse (2014). *Tendrapportage GGZ: Themarapport Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vitale, S. & Leferink op Reinink, M. (2017). Verslag workshop 'Borderline patiënten in groepen'. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 12(2), pp. 55-57.

Yalom, I.D. & Leszcz (2005). *The theory and practice of Group Psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

.....