



MBT-G: de groep als oefentuin

Met behulp van MBT-technieken kunnen patiënten in een groep leren mentaliseren of hun vermogen om te mentaliseren herstellen. Hoe maak je optimaal gebruik van de groepsdynamiek en beperk je de schadelijke effecten zo veel mogelijk? De auteur legt dit uit aan de hand van casuïstiek.

Dit artikel is een bewerking van de voordracht gehouden op het *Lemion-congres Groepspsychotherapie anno 2018* op 5 juli 2018 te Maarssen.

Door **Ingrid Krijnen**, psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut, MBT-therapeut en supervisor NVGP en NVP. Zij werkt bij het MBT-programma van GGZ inGeest te Hoofddorp.

In dit artikel wordt weergegeven hoe therapeuten een MBT-groep zo vorm kunnen geven dat zij met behulp van MBT-technieken patiënten de mogelijkheid bieden om onder stressvolle omstandigheden en in de context van gehechtheidsrelaties te leren mentaliseren, of het mentaliseren weer te herstellen. Stressvol is een MBT-groep, waar alleen patiënten met borderline-problematiek in zitten, zeker. Voor de groepsleden, maar regelmatig ook voor de behandelaars. En dat maakt het belangrijk om, wil de groep werkelijk een oefentuin zijn, goed te begrijpen hoe je de spanning in de groep zo kunt reguleren dat deze drage-lijk én therapeutisch blijft. Dus: hoe maak je optimaal gebruik van de groepsdynamiek en beperk je de schadelijke effecten zo veel mogelijk?

Hieronder zal eerst kort een aantal MBT-begrippen over mentaliseren, borderline problematiek en het doel van MBT belicht worden. Vervolgens komt aan bod waarom MBT vaak gebruikmaakt van groepstherapie. Daarna zal, aan de hand van factoren die ervoor zorgen dat een groepsbehandeling effectief wordt, een idee gegeven worden over welke MBT-technieken therapeuten ter beschikking hebben om de groepscohesie zó te bevorderen, dat je geen individuele therapie in de groep doet, maar vooral gebruikmaakt van interacties tussen de groepsleden.

Mentaliseren

Onder mentaliseren verstaan we het vermogen om het doen en laten van jezelf en tegelijkertijd ook dat van anderen waar te nemen én te begrijpen in termen van gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens. Goed mentaliseren betekent onder andere dat je jezelf en de ander als twee verschillende wezens kunt zien, elk met eigen intenties. Maar ook dat je beseft dat je vermogen om andermans gedachten en gevoelens te kennen beperkt is en dat je eigen gevoelens en gedachten in de tijd en in interactie met anderen kunnen veranderen. Mentaliseren is behulpzaam bij het afstemmen op anderen; door te mentaliseren hoef je niet alleen te reageren op het gedrag van anderen, maar reageer je ook op basis van het begrijpen van hun bedoelingen.

Kinderen ontwikkelen het vermogen om te mentaliseren in interactie met hun ouders. Het kind leert onderscheid te maken tussen allerlei lichamelijke sensaties en deze te representeren door middel van taal. Dit leert hij doordat de ouders die gevoelens trachten te lezen en deze vervolgens spiegelen. Kinderen worden dan rustig, voelen zich gezien en leren zichzelf te troosten. De ontwikkeling van het mentaliserend vermogen verloopt vanaf de geboorte in verschillende fasen, modi genoemd, tot ongeveer het zesde jaar. Uiteindelijk leert het kind dat zijn interne wereld wel verband houdt met de buitenwereld, maar er niet gelijk aan is. Als gevoelens van het kind niet accuraat gespiegeld worden of als de ouder het kind voortdurend kritisch tegemoet treedt of mishandelt, zullen die gevoelens onbenoemd blijven, verwarrend zijn en het kind over-

spoelen. En is er grote kans dat het later borderline-problemen krijgt, dat wil zeggen problemen op het gebied van emotieregulatie, interne stabiliteit, zelfgevoel en relaties met anderen. Het vermogen tot mentaliseren begeeft het dan eerder en vaker dan bij beter geïntegreerde mensen, vooral als het stressniveau oploopt of in interacties met belangrijke anderen. De neiging is dan om terug te vallen op een van de vroegere modi van functioneren.

Mentalisation Based Therapy (MBT)

In een MBT-behandeling is het de bedoeling dat een patiënt juist onder stressvolle omstandigheden en bij toename van intimiteit alsnog leert mentaliseren of het mentaliseren leert te herstellen. Op deze manier gaat hij zichzelf beleven als iemand die zeggenschap heeft over zijn leven, in plaats van speelbal te zijn van chaotische gebeurtenissen en gevoelens. Dit proces vindt plaats via het spiegelen door de therapeut, en bij een goed lopende groep door beide therapeuten en eveneens een aantal van de groepsleden.

Meestal vindt er in een MBT-behandeling naast de groepstherapie ook individuele therapie plaats, waar je als therapeut in een langdurende relatie met de patiënt vooral een niet-wetende houding aanneemt. Dat wil zeggen dat je duidelijk maakt dat je niet precies weet wat er zich in de geest van de patiënt afspeelt, maar dat je dat juist wil begrijpen. Je richt je vooral op gevoelens tussen de patiënt en belangrijke anderen, maar ook op de verschillende gevoelens die ontstaan in de relatie tussen jou en de patiënt. Je luistert daarbij naar hoe het verhaal verteld wordt en zoekt naar momenten

waarop het mentaliseren bij de patiënt stopt, momenten dat hij of zij in een van die primitieve modi terechtkomt. Ik bespreek hier de twee voornaamste modi waar mensen met borderline in kunnen terugvallen.

De *equivalente modus* herken je aan een hoge *arousal*. Er ontstaan emotioneel geladen interacties en soms discussies en het angstniveau is hoog, soms ook bij de therapeut. Bij mensen die in de equivalente modus verkeren, wordt hun interne werkelijkheid gelijk aan de externe wereld beleefd. Bijvoorbeeld: 'Ik voel me bedreigd, dus jij bent gevaarlijk'. De belevingen zijn absoluut, er zijn geen nuances mogelijk. Daarnaast zijn interne ervaringen angstaanjagend of overspoelend, kunnen er flashbacks plaatsvinden en worden ten aanzien van andere mensen absolute overtuigingen gehanteerd. Het affect is op dergelijke momenten vaak wantrouwend en er wordt op een wantrouwende of beschuldigende manier contact gelegd.

Als therapeut temper je het vuur door de vermeende gevoelens van de patiënt te spiegelen, zodat deze zich begrepen voelt en weer beter kan nadenken, alvorens samen de oorzaak van de breuk in het mentaliseren te verhelderen, om dan uiteindelijk alternatieve gezichtspunten voor de absolute visie van de patiënt te bespreken.

Mensen met borderline-problematiek kunnen ook terechtkomen in de *alsof-modus*. Deze herken je juist aan een lage *arousal*. Als therapeut raak je verveeld of geïrriteerd door het vele gepraat zonder dat er gevoel in de kamer aanwezig is. Bij mensen die in de *alsof-modus* verkeren, is de interne wereld losgekoppeld van de externe werkelijkheid en wordt vaak leegheid of betekenisloosheid ervaren of vindt dissociatie plaats. Ook kun-

nen zij risicovol gedrag inzetten om weer te voelen of kunnen automutilatie en suïcidepogingen optreden, omdat het interne bestaan los wordt ervaren van het fysieke. Als therapeut stook je het vuur juist op door de patiënt te confronteren en in contact met gevoelens te brengen.

MBT in de groep (MBT-G)

Wanneer iemand forse borderline-problemen heeft, wordt er vaak – dat wil zeggen als de patiënt niet té instabiel of té vijandig is – parallel aan de individuele therapie MBT in een groep aangeboden. Het is dan wel de kunst, zeker wanneer de groepstherapeuten anderen zijn dan de individuele therapeut, om de verschillende therapieonderdelen goed op elkaar af te stemmen.

Inmiddels zijn er vele varianten van dergelijke groepsbehandelingen, ambulante MBT-groepen die één, twee of zelfs drie keer in de week bij elkaar komen, maar ook meer of minder intensieve deeltijdgroepen, waarbij non-verbale therapieën eveneens onderdeel van het programma uitmaken, en af en toe nog enkele klinische behandelingen. Ook zijn er bijvoorbeeld groepen voor jonge moeders om te leren mentaliseren over hun kind, zodat ze hen minder schade berokkenen. Over het algemeen betreft het zogenoemde open groepen, waar mensen binnenkomen als er plek is en weggaan wanneer ze klaar zijn, met tussen de zes à negen patiënten en meestal een afgebakende duur van één tot anderhalf jaar. Vaak worden de groepen begeleid door twee psychotherapeuten.

Het voordeel van een groep is dat deze door de ontelbare interacties die er plaatsvinden veel meer mogelijkheden biedt om het men-

taliseren in de actualiteit én onder interpersoonlijk ingewikkelde omstandigheden te bevorderen. In individuele therapie blijft het vaker bij praten óver relaties en het risico daarvan is dat er weinig verandert in het

Stressvol is een MBT-groep zeker. Voor de groepsleden, maar regelmatig ook voor de behandelaars

epistemisch vertrouwen van patiënten en de manier waarop zij sociale contacten aangaan. Patiënten kunnen zich in een groep ook makkelijker met medegroepsleden identificeren dan in een individuele therapie met hun therapeut. Daarnaast is een groep soms minder bedreigend, omdat de overdacht van de patiënt verdeeld wordt over verschillende mensen. En patiënten kunnen er leren van het gedrag van medegroepsleden, zeker als deze al een tijd in de groep zitten. De groep is dus bij uitstek een relatief veilige plek waar patiënten kunnen ervaren dat ze door te mentaliseren minder kans maken relaties te beschadigen, en dat het mogelijk is relaties te herstellen.

Zo kunnen in een groep de foutieve interpretaties die een patiënt in de equivalente modus maakt van het gedrag van anderen, mooi aan het licht komen.

Berend vraagt in de creatieve therapie aan Lisa of hij haar krijtjes mag lenen. Lisa reageert echter niet, ze vermijdt oogcontact en zwijgt. Berend ervaart dit als opzettelijk vernederend en vijandig naar hem, en zet verbaal de aanval in op Lisa, die vervolgens begint te huilen.

Terugblikkend op deze gebeurtenis in de groepstherapiezitting blijkt dat Lisa het erg moeilijk vindt om spullen uit te lenen aan een ander, en zich daar voor schaamde en niet wist hoe ze dit kenbaar moest maken aan Berend. Het was dus allerminst haar bedoeling om Berend te vernederen.

In een groep kunnen medegroepsleden ook bijdragen aan het genereren van meerdere perspectieven op een gebeurtenis, waardoor de absolute visie van een patiënt in de equivalente modus genuanceerd kan worden. Bijvoorbeeld: hoe kun je het niet-direct-reageren van een vriendin op een appje interpreteren? Als 'dat is wel duidelijk: die is niet in mij geïnteresseerd' of als het gedrag van iemand die in de auto zit en niet kan antwoorden of van iemand die genoeg heeft van die stortvloed aan appjes en haar telefoon even uitgezet heeft.

Daarnaast is er altijd wel een groepslid dat niet het geduld kan opbrengen om te luisteren naar het vermoeiende geklets van een patiënt in de alsof-modus en hem daarmee confronteert.

'Jezus, Daan, ik kan je echt niet meer volgen, ik doe m'n fucking best, maar mijn hoofd klapt uit elkaar, eerst heb je het over je moeder en nu weer over je vriendin, wat wil je nou eigenlijk zeggen gast?'

Een dergelijke directe, en overduidelijke boodschap in stevige taal is iets wat wij goedbedoelende maar soms ook voorzichtige hulpverleners nog weleens lastig vinden.

Helaas loopt het niet altijd volgens het boekje als je mensen die allemaal met een borderline-stoornis zijn gediagnosticeerd bij elkaar in een groep zet. Door de complexiteit van de interacties kunnen angst en emoties binnen de kortste keren onhanteerbaar

hoog oplopen en in het hoofd van patiënten allerlei rigide, door achterdocht gekleurde voorstellingen van anderen worden gemobiliseerd. En dan kán de groep, als je niet tijdig ingrijpt, een plek worden waar uitstoting en her-traumatisering plaatsvindt, waar mentaal terugtrekgedrag of *acting out* overheersen. De groep wordt dan meer een arena dan een oefentuin.

Zowel de grondleggers van MBT, Bateman en Fonagy, als de Noor Karterud, die al onderzoek naar groepen voor patiënten met borderline problemen deed voordat MBT bestond, benadrukken dat het belangrijk is dat je als MBT-therapeut, om de groep zowel therapeutisch als veilig te houden, steeds twee schijnbaar tegengestelde houdingen verenigt. Bateman en Fonagy hebben het over de MBT-groepstherapeut als een hybride vorm van *floormanager* en *diner party host*. Een combinatie van een manager die duidelijke kaders handhaaft en van een gastheer of -vrouw bij een etentje, die er belangstellend voor zorgt dat iedereen zich op zijn gemak voelt en met elkaar aan de praat raakt. Betrokken, niet-wetend en aanmoedigend als basishouding dus, maar tegelijkertijd duidelijk en begrenzend waar nodig.

Een effectieve MBT-groep: cohesie bevorderen

Vooral Karterud maakt in zijn denken over MBT in de groep gebruik van onderzoek naar de effectiviteit van groepspsychotherapie. Belangrijke vragen in die onderzoeken zijn: Wat werkt er in groepstherapie? Maar ook: hoe pas je een specifieke therapie methode als MBT – maar dat kan ook SFT of AFT zijn – zo toe dat je optimaal gebruikmaakt van

die groep, zodat het resultaat van je methode juist ondersteund en versterkt wordt? Uit die onderzoeken komt naar voren dat, naast het goed in de vingers hebben van die methode, het bevorderen van cohesie in de groep je belangrijkste opdracht als therapeut is. Cohesie betreft dan zowel het gevoel

Bateman en Fonagy hebben het over de MBT-groepstherapeut als een hybride vorm van floormanager en diner party host

van emotionele verbondenheid, als het idee dat je samen aan een duidelijk gestelde taak aan het werken bent. Therapeuten blijken die groepscohesie vooral te bevorderen door een duidelijke groepsstructuur aan te brengen, veelvuldig verbale interacties tussen de groepsleden aan te moedigen – hoe meer interactie, hoe beter de resultaten – en een emotioneel veilig en therapeutisch leerzaam klimaat te creëren. Aan de hand van elk van deze drie elementen van groepscohesie zal hieronder een idee gegeven worden hoe je als MBT-therapeut die groepscohesie kunt versterken.

Structuur aanbrengen

Wat betreft het aanbrengen van de structuur betekent dit onder andere dat de therapeuten patiënten goed moeten voorbereiden en hen voorafgaande aan, maar ook nog

tijdens, de groepstherapie duidelijk moeten maken wat het doel (leren mentaliseren) en de meerwaarde van een groep is.

Ook zal de individuele MBT-therapeut alvast samen met de patiënt diens disfunctionele relationele patronen in kaart brengen, waarbij ook bedacht wordt hoe de patiënt zich, zeker als de spanning oploopt, in de groep zal opstellen en wat risico's op afhaken zijn. Bij de intensievere varianten van MBT wordt vaak gebruikgemaakt van een voorbereidingsgroep. Aan de hand van psycho-educatie over mentaliseren en uitleg over borderline-problemen en de behandeling, worden patiënten daarin geholpen zich alvast een beeld te vormen van waar het in de groep over zal gaan en van wat er van hen zelf verwacht wordt. Er wordt dan bijvoorbeeld uitgelegd dat de groep een adviesvrije zone is, dus dat het niet de bedoeling is elkaar allerlei adviezen te geven, hoe goed bedoeld ook. Verder wordt de structuur van een MBT-groep vaak vormgegeven door middel van een vrij vastomlijnd verloop van de zittingen. Eerst geven de therapeuten een samenvatting van de belangrijkste onderwerpen die de vorige keer aan bod zijn geweest. Zij beschrijven daarbij ook hoe er door diverse groepsleden geïnteracteed werd en welke onderwerpen zijn blijven liggen.

Dit om de gefragmenteerde geheugens van de groepsleden op te frissen en om te laten merken dat de therapeuten over de groep nagedacht hebben.

Daarna besteden de therapeuten enige tijd aan het inventariseren van problemen van patiënten, waarbij ze zich actief opstellen en ervoor zorgen dat het slechts bij inventariseren blijft. Patiënten worden dan gevraagd een liefst interpersoonlijk gekleurde gebeurtenis of interpersoonlijk onderwerp te

benoemen, waar ze met hulp van de groep over willen mentaliseren. Vaak zijn dit onderwerpen als het niet hebben kunnen hanteren van emoties in het contact met anderen, problemen met instanties of moeite met alleen zijn, maar het kan ook een gebeurtenis uit een vorige sessie zijn die patiënten nog heeft beziggehouden.

De patiënten bepalen zelf het onderwerp, tenzij er levensbedreigende of potentieel therapie-ondermijnende situaties zijn, als een suïcidepoging of contacten buiten de groep. Dan zullen de therapeuten aandringen op het centraal stellen van die patiënt. Als het mogelijk is clusteren de therapeuten, samen met de groep, de onderwerpen rond een bepaald thema, zoals 'het verdragen van heftige gevoelens', waarbij het bij de één kan gaan over woede als hij zijn zin niet krijgt en bij de ander over het verdragen van overspoelende eenzaamheid bij het naar huis gaan.

Na de inventarisatie bepaalt de groep met elkaar in welke volgorde patiënten aan de beurt zullen komen en wie kan wachten tot de volgende keer. Patiënten die duidelijk geëmotioneerd of geladen zijn, krijgen vaak voorrang en natuurlijk mensen die een voor hen moeilijke gebeurtenis voor de boeg hebben. Groepsleden die geneigd zijn niets in te brengen worden regelmatig aangemoedigd dit wel te doen of gevraagd samen met de groep na te denken over de vraag waarom het zo lastig is aandacht te vragen en te ontvangen.

Tijdens de zitting houden de therapeuten goed in de gaten dat de patiënt die op dat moment zijn of haar onderwerp inbrengt ook werkelijk aandacht krijgt en dat die aandacht niet door andere groepsleden, met name de 'monopoliseerders', wordt gekaapt.

Daarbij houden de therapeuten oog op de klok, zodat ook de anderen aan de beurt komen. Zij helpen patiënten op een natuurlijk moment te stoppen met hun verhaal en bespreken hardop met elkaar en de groep hoe om te gaan met onderwerpen die nog niet helemaal afgerond zijn, of hoe om te gaan met de beperkte tijd die nog rest.

Onderlinge interacties bevorderen

Een ander belangrijk element van groepscohesie is het bevorderen van interacties tussen de patiënten. Wanneer je in een MBT-groep met een dergelijk beurtensysteem werkt, is het natuurlijk wel de kunst dat iedereen in de groep betrokken wordt bij het mentaliseren over het probleem van de patiënt. Dus dat het geen individuele therapie in de groep wordt, waarbij alleen de therapeuten zich ijverig over de patiënt buigen en de andere groepsleden braaf of ongeïnteresseerd zitten te wachten tot zij aan de beurt zijn.

Om dit gezamenlijk onderzoeken te bevorderen wordt afgesproken dat de therapeuten zich niet met zijn tweeën op één patiënt storten, maar dat een van de therapeuten de andere groepsleden in de gaten houdt. Deze therapeut stelt vooral vragen die de hele groep aan het denken zetten en betreft daarbij zo veel mogelijk groepsleden. Ook de 'vermijders' dus.

De therapeuten stimuleren vanuit die niet-wetende houding vooral de groepsleden om het onderwerp van de patiënt die aan het woord is eerst duidelijk te krijgen, door verhelderende vragen te stellen over wat er precies gebeurd is en over wat daarbij het probleem is voor de patiënt.

'Ik weet niet zeker of ik het al helemaal helder

heb wat er vooraf ging aan de ruzie van Anne met haar vriend. Is dat jou al duidelijk Dave? Wat zou je nog willen weten? Is het jou duidelijk Harry, waar Anne nú het meest last van heeft?'

Na het helder krijgen van het probleem, richten de therapeuten de aandacht op het onderzoeken van gevoelens die er in de interacties met anderen ontstaan zijn, maar ook die er ter plekke ontstaan, zoals schaamte, die een groepslid belemmert in het praten over hoe ze er gister toe kwam tegen haar kind te schreeuwen.

'Begrijp jij, Arthur, hoe Angela zich voelt terwijl ze dit aan ons vertelt?'

Het is aan de groepstherapeuten om alert te zijn op het tempo van de interacties, deze waar nodig te vertragen; elkaar snel opvolgende interacties leiden namelijk vaak tot niet-mentaliseren. En dan de zogenaamde *stop-and-rewind*-techniek toe te passen. Op momenten dat een patiënt vanuit de equivalente modus een ongenueanceerde visie naar voren brengt, over zichzelf (*'Ik kan echt niks'*), over een ander (*'Je bent altijd zo hard tegen iedereen'*) of over een groep mensen (*'Het zijn allemaal aso's bij de sociale dienst'*) zullen de therapeuten de groep stilzetten en z'n rigide idee, zeker als een aantal andere patiënten daarin mee lijkt te gaan en er geen tegengeluiden komen, op een nieuwsgierige manier uitdagen, en dan weer het liefst door er anderen bij te betrekken. Bijvoorbeeld door een medegroepslid te vragen wat zij vindt van het idee dat alle mannen alleen maar uit zijn op seks. Het is dan wel zaak een groepslid uit te nodigen waarvan je weet dat die wat positiever gekleurde ervaringen met mannen heeft. In een matte groep, waar meerdere mensen vanuit de alsof-modus blijven hangen in

oppervlakkig geneuzel, is het aan de therapeuten om zich niet mee in slaap te laten sussen, maar actief te worden. Ze moeten ook dan de groepsinteracties onderbreken om samen terug te gaan naar het moment dat het mentaliseren gestopt lijkt. Bijvoorbeeld als Eva terloops aangeeft zich gister gesneden te hebben en dan vertelt dat ze daarna naar de manege is gegaan, omdat haar paard kreupel was en verzorging nodig had, en de groep vervolgens begint te praten

*Als meerdere mensen
blijven hangen in
oppervlakkig geneuzel,
is het aan de therapeuten
om actief te worden*

over zieke huisdieren. Dan moet je als therapeut de groep onderbreken en enigszins verbaasd zeggen dat je even terug wil komen op wat Eva net zei, omdat je je kunt voostellen dat het heel teleurstellend (het gevoel!) voor haar is, dat ze zich gesneden had, ook omdat dat al lang niet meer was gebeurd. En wanneer Eva deze gevoelens van teleurstelling beaamt onderzoek je samen met de groep wat er allemaal aan gedachten en gevoelens vooraf ging aan het moment dat Eva een mes in haar been zette. Interacties tussen groepsleden kun je ook op gang brengen door onderwerpen die ingebracht worden van buiten de groep naar binnen te halen. Bijvoorbeeld wanneer Melissa naar aanleiding van een uitnodiging van het UWV vertelt hoe verschrikkelijk zij het altijd heeft gevonden te moeten werken

en de groep duidelijk krijgt dat zij vooral wantrouwend werd in het contact met collega's, vraagt een van de therapeuten: *'Maar hoe is dat hier, voel je je hier ook vaak buitengesloten en niet op je gemak?'* Terwijl de spanning bij Melissa zichtbaar oploopt, durft zij het aan te vertellen over situaties in de groep waarbij zij zich enorm onzeker heeft gevoeld en situaties waarin zij niet heeft durven zeggen wat haar dwars zat. Waarop een aantal anderen haast gretig aansluiten met herkenning en Melissa oprecht verbaasd is dat er meer mensen zijn die zich onzeker voelen en de anderen opgelucht zijn dat iemand het aandurfde dit onderwerp te bespreken. Ook opvallend emotionele en daardoor aandacht vragende reacties van groepsleden op verhalen van anderen vormen een goede aanleiding samen de onderlinge interacties en de daarin ontstane gevoelens te onderzoeken. Natuurlijk is het niet de bedoeling dat je op elke emotionele reactie van een groepslid ingaat, je probeert de aandacht daar te leggen waar de spanning het hoogst lijkt. Je kunt dan bijvoorbeeld zeggen: *'Sorry Larissa, ik wil je even onderbreken, het lijkt erop dat de emoties bij Mike aan het oplopen zijn. Mike, hou je het nog, zullen we zo even bij jou stilstaan?'* We spreken dan van *parking*, bedoeld om mensen te leren hun gevoelens even te verdragen in plaats van ze meteen te ventileren. Als blijkt dat Mike erg boos aan het worden is en hij het echt niet meer houdt, omdat dit de zoveelste keer is dat Larissa het over die egocentrische vent heeft en zij het nog steeds niet met hem gekapt heeft, heb je een prachtige situatie om met de hele groep over te mentaliseren. Waar is de boosheid van Mike precies ont-

staan, terwijl Larissa aan het praten was?

En dat ook weer via vragen aan anderen:

'Heb jij een idee wat Mike nou precies zo boos maakt, Anne?'

'Begrijp jij hoe het net voor Larissa voelde, toen ze onderbroken werd?'

'En dat Mike zo boos op haar was?'

'Larissa, was je alleen bang of voelde je misschien ook iets anders?'

'En hoe voelde het voor Allan toen er spanning tussen die twee groepsleden ontstond?'

Het is dan is het wel zaak ervoor te zorgen dat het verhaal van Larissa weer vervolgd kan worden.

Maar ook het bespreken van de emotionele sfeer in de groep kan de interactie tussen de groepsleden op gang brengen. Als therapeut kun je dan de aandacht op je eigen ervaring vestigen en die aan de groep voorleggen:

'Ik weet het niet precies, maar het voelt alsof jullie vandaag heel voorzichtig zijn. Ik vraag me af waar dat mee te maken heeft? Mogelijk iets met de ruzie die vorige week tussen Sandra en Lisa ontstond en waar we misschien nog niet genoeg aandacht aan besteed hebben? Of is er nog iets anders aan de hand?'

Marije, wat heb jij voor ideeën?'

Daarbij is het, om de angst laag te houden, belangrijk dat je individuen aanspreekt in plaats van de groep als geheel.

Goede groepstherapeuten zijn in staat de groep te helpen om de vaak zichtbare en voelbare disfunctionele interactiepatronen van patiënten constructief met elkaar in het hier-en-nu te verhelderen. Dat is ook waarom je in MBT, voordat een patiënt aan de groep begint, samen zijn typische relationele patroon alvast opspoort. En hem of haar vraagt dit patroon, met steun van de therapeuten, in de groep in te brengen, zodat ook

de medegroepsleden zich van dit patroon bewust kunnen worden en naar aanleiding van wat er in de groep voorvalt mee kunnen denken over wat zij in het contact met dit groepslid ervaren.

Bijvoorbeeld Monique die, met zichtbare spanning, uitdagend vertelt dat ze volgende maand gaat trouwen met een recent van de

De co-therapeuten moeten model staan voor hoe je een mentaliserende dialoog met elkaar houdt

harddrugs afgekickte man die ze nog geen half jaar geleden ontmoet heeft. Nadat ze door een aantal groepsleden op een nogal obligate manier gefeliciteerd is, zegt Ronald, die afgewend in zijn stoel zit, desgevraagd dat hij tot zijn ongemak merkt dat hem het niet lukt haar te feliciteren. Hij denkt dat dit komt omdat hij bezorgd over haar toekomst is, – *'Ze kent deze man nog nauwelijks!'* – en dat hij het, uit angst voor haar reactie, niet aandurfde dit tegen haar te zeggen.

Monique begint, terwijl Ronald nog aan het woord is, al door hem heen te roepen dat zijn bezorgdheid mooi is, maar dat ze toch gaat doen wat ze zich heeft voorgenomen, zij houdt immers zielsveel van die man. Het lijkt daarbij alsof ze Ronald nauwelijks hoort, laat staan zijn intenties kan vatten. Bij nader onderzoek geeft ze spontaan aan dat haar bipolaire vader haar wanneer ze als jong meisje aangaf wat zij vond of wilde vaak door de kamer sloeg en ze zich toen ze eenmaal het huis uitging voornam zich nooit meer wat door anderen te laten zeggen.

Ze blijkt de bezorgdheid van Ronald gevoelsmatig dan ook vooral als aanval en als teken van bemoeizucht te ervaren.

Als het om overdrachten van patiënten ten aanzien van therapeuten gaat, worden die in MBT door hen altijd geaccepteerd als echte gevoelens van de patiënt in het hier-en-nu, en niet geduid als vroegkinderlijke gevoelens die door de patiënt op de relatie met de therapeuten gelegd worden. Daarbij is het van belang niet defensief of afwijzend op die gevoelens te reageren en samen met je co-therapeut en de groep te onderzoeken welk gedrag van jouzelf tot die gevoelens geleid heeft. Bijvoorbeeld Lara die ongevoelzaam stil is en jou, op de vraag wat er aan de hand is, autoritair noemt en vervolgens met steun van je co-therapeut kan aangeven boos op je te zijn, omdat zij zich gekleineerd heeft gevoeld toen je haar twee zittingen geleden afkapte bij het inventariseren van de onderwerpen. Dan toon je als therapeut begrip voor het ontstaan van die boosheid en is het echt MBT om je eigen aandeel in het mislopen van interacties eventueel te erkennen.

'Sorry, ik was toen inderdaad wel erg kortaf in de manier waarop ik je afkapte en ik heb me niet gerealiseerd hoe dat voor jou was.'

Emotioneel veilig klimaat

Tot slot een aantal MBT-technieken die belangrijk zijn voor het creëren van een emotioneel veilig en therapeutisch klimaat in de groep, het derde, voor een borderline-groep uitermate belangrijke, aspect van het bevorderen van groepscohesie.

Tijdens de zitting proberen de therapeuten ieder groepslid in de gaten te houden en te

laten merken dat ze geïnteresseerd zijn in wat er bij hem of haar speelt. Dat doe je door regelmatig rond te kijken en door patiënten die niet zoveel zeggen aan te spreken. Ook kun je tegen mensen die altijd anderen aan het helpen zijn zeggen dat ze heel behulpzaam zijn, en dat dit door de groep duidelijk gewaardeerd wordt, maar dat je je afvraagt of zijzelf genoeg aan bod komen. Daarnaast is het als co-therapeuten belangrijk model te staan voor hoe je een mentaliserende dialoog met elkaar houdt. Dat wil zeggen dat je hardop denkt en met elkaar uitwisselt en, op een vriendelijke manier, met elkaar van mening verschilt. Dus verschillende visies op het probleem van een patiënt of op hoe verder in de groep te werk te gaan hardop naast elkaar legt.

'Leo, ik onderbreek je even, ik merk dat ik een ander idee heb dan jij over waar we onze aandacht aan zouden moeten geven, kunnen we het daar even over hebben?'

En zo een voorbeeld geeft van hoe je op een gezonde manier een relatie met iemand onderhoudt, gezonder in elk geval dan dat patiënten van huis uit gewend zijn.

Juist op momenten dat de emoties tussen groepsleden hoog oplopen en er conflicten dreigen te ontstaan, waardoor het angstniveau van de groep zo hoog wordt dat veel groepsleden tegelijkertijd in een equivalente modus terecht komen, is het van belang dat de therapeuten direct de leiding nemen en grenzen stellen. Je stopt dan, met enige stemverheffing en opgeheven hand, potentieel schadelijke interacties, en legt uit dat er in zo'n sfeer niet meer helder nagedacht kan worden. Eventueel vraag je aan een groepslid dat door haar emoties overmand lijkt te worden, of zij denkt zichzelf nog voldoende in de hand te hebben voordat verder

gegaan wordt. Zeker in het begin van iemands therapie kan het raadzaam zijn een time-out toe te staan, zodat de gemoederen wat kunnen bedaren. Daarna is het zaak samen met de groepsleden te achterhalen wat de aanleiding was waarom de emoties zo hoog opliepen. Wanneer dit niet meteen lukt omdat de situatie nog te verhit is, kan het terugspoelen van de gebeurtenissen

En dan toch volhouden tot het wel lukt

worden verdaagd naar een later moment in de zitting of de volgende zitting. Ook kan patiënten gevraagd worden eerst in de individuele therapie terug te kijken op de heftige interacties, zodat bij hem of haar de emoties al enigszins getemperd zijn voordat de volgende keer verder op het ontstane conflict teruggeblikt wordt.

Soms is het, om de groep veilig te houden, nodig dat een van de therapeuten voor iemand in de bres springt. Deze techniek heet in MBT *siding*. Je probeert dan voor een kwetsbare patiënt op het moment dat deze verbaal aangevallen wordt, te verwoorden hoe die zich moet voelen. Bijvoorbeeld als Marije zegt dat zij zich ergert aan Lisa die nooit voor zichzelf spreekt, maar altijd anderen laat zeggen wat zij eigenlijk vindt. En Lisa in reactie daarop begint te huilen en Marije zegt:

'Ja, ga maar weer janken, stomme bitch!'

Dan zeg je als therapeut stellig en eventueel met opgeheven hand:

'Wacht Marije, dat was heel kwetsend! Ik wil echt dat je op een andere manier zegt wat je bedoelt.'

Daarbij steun je het aangevallen groepslid

voor zolang als nodig en kijk je tegelijkertijd uit dat de aanvallende patiënt zich op haar beurt niet ook aangevallen voelt:

'Jullie nemen haar ook altijd in bescherming, zij krijgt altijd aandacht als ze gaat huilen. Ik ben niet zo'n janker en sta er wéér alleen voor!'

Als therapeut kun je dan toegeven dat daar misschien iets inzit, maar dat je wel wil dat zij de problemen van Lisa serieus neemt.

Als de spanning gezakt is, stop je met siding en kun je zelfs Lisa vragen samen met de therapeuten te onderzoeken of er misschien iets inzit in wat Marije zei.

Overigens, als je als therapeuten uiteindelijk niet in staat bent om het uit een diep wantrouwen voortkomende vijandige gedrag van een van de groepsleden te helpen verminderen en het je dus niet lukt de groep te beschermen tegen al te vernederende of ontregelde aanvallen, rest soms alleen nog de mogelijkheid dat groepslid uit de groep te halen en met hem of haar naar een andere behandeling te zoeken.

Ook is het voor het klimaat in de groep raadzaam een grens te stellen aan het in detail vertellen van verhalen over traumatische gebeurtenissen, waarvan de emotionele lading zich als een olievlek over de groep kan verspreiden. Opnieuw is uitleg daarbij belangrijk:

'Het is niet zo dat we niet geïnteresseerd zijn in je verhaal Erica, wat je vertelt lijkt me heel pijnlijk om mee te maken, maar we moeten er wel voor zorgen dat iedereen hier in staat is je goed te volgen en dat het voor sommigen niet te veel wordt.'

Tot slot is het voor een goed therapeutisch klimaat in de groep uitermate belangrijk dat de therapeuten, nadat de zitting is beëindigd, de tijd nemen om met elkaar terug te

blikken op lastige en op mooie, productieve of effectieve momenten in de groep en op hun onderlinge samenwerking. Waar werd goed gementaliseerd en waar niet? Waar reden we elkaar in de wielen, maar ook welke van onze interventies waren zichtbaar helpend?

Hopelijk is uit bovenstaande beschrijving duidelijk geworden dat mensen die onveilig gehecht zijn, niet door een paar interventies beter leren mentaliseren.

Patiënten moeten anderen eerst leren vertrouwen en dat vertrouwen kan ook zó weer weg zijn. Je hebt geluk wanneer er in één zitting een paar momenten zijn waarop een aantal groepsleden echt met elkaar aan het onderzoeken zijn.

Pas in de loop van de tijd ontwikkelt zich bij patiënten het vermogen om hun emoties te herkennen, er een naam aan te geven en er, ondanks onderlinge spanning, in contact met anderen over te praten.

Om dit te bereiken heb je natuurlijk wel een koppel therapeuten nodig dat ingebed is in een goed team en zelf onder stressvolle omstandigheden niet al te angstig wordt. Therapeuten die elkaar, zonder hun meningsverschillen te verdoezelen, steunen en die kunnen verdragen dat ze, ondanks al hun nobele inspanningen, af en toe verguisd worden of beticht van desinteresse. En dan toch volhouden tot het wel lukt en de interacties tussen de groepsleden, soms ineens, heel helder en ontroerend zijn.

Aanbevolen Literatuur

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

Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalisation-Based Treatment for Personality Disorders, a practical guide*. Oxford: Oxford University Press. Met name hoofdstuk 12: Mentalizing group therapy.

Delfstra, G. & Peeters, G. (2011). Mentalisatie bevorderende therapie (MBT) in de groep: samen ontdekken hoe de geest werkt. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 5-17.

Leszcz, M. (2014). The effective grouptherapist. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 9(2), 9-20.
