



# ‘Alleen een opname in de isoleer kan mij redden’

## Mentaliseren Bevorderende Therapie voor volwassenen

Aan de hand van een uitgebreid vignet bespreken de auteurs het MBT-aanbod voor volwassenen binnen de NPI, dat drie vormen kent. Die verschillen in intensiteit, maar zijn alle drie opgezet volgens dezelfde structuur, en hebben vooral tot doel het mentaliserend vermogen te vergroten.

Door Marjolein Feldmann-Sinnige  
en Jasmijn de Vos

**B**innen het NPI is er een groot Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT) behandelaanbod, wisselend in intensiteit en zowel voor volwassenen als voor jeugd. Met dit aanbod bedienen we een brede patiëntenpopulatie.

De volwassen doelgroep van MBT bestaat uit cliënten met een uiterst kwetsbare persoonlijkheidsstructuur. Op DSM-5-niveau kan gesproken worden van een borderline persoonlijkheidsstoornis. Die komt tot uiting in klachten als heftig wisselende stemmingen, identiteitsproblematiek, impulsiviteit, automutilatie, een intens en chronisch gevoel van leegte, randpsychotische verschijnselen bij oplopende spanning, suïcidale gedachten en gedragingen. Daarnaast is er veel comorbiditeit, onder andere eet- en verslavingsproblematiek, forse angst en stemmingsklachten. Vaak hebben onze cliënten in verhoogde mate last van somatische gezondheidsklachten. Ook spelen er regelmatig forse sociaal-maatschappelijke problemen, zoals problemen met UWV of huisvesting en op werk- en sociaal gebied. Dit maakt dat de lange-termijnrehabilitatie vaak slecht is, wat behandeling van groot belang maakt.

Bovenstaande problemen en klachten zorgen

ervoor dat onze cliënten regelmatig fors in crisis kunnen zijn en een groot beroep op de gezondheidszorg kunnen doen. Het beperkte onderzoek dat hiernaar gedaan is, laat zien dat cliënten met persoonlijkheidsproblematiek veel gebruikmaken van psychiatrische zorg, overige geestelijke gezondheidszorg en sociale voorzieningen (Soeteman et al., 2008). De cliënten die binnen ons MBT-programma in behandeling komen, hebben vrijwel allemaal een vrij uitgebreide behandel-voorgeschiedenis. De complexe problematiek maakt dat zij in de praktijk veel tegen exclusiecriteria van behandelprogramma's aanlopen, waardoor het lastig is een passend behandelaanbod te vinden.

Cliënten ervaren niet alleen in zichzelf veel instabiliteit, ook maken ze veel wisselingen mee, dit is inherent aan de problematiek. Zo zijn er regelmatig wisselingen van werk, veranderingen in sociale contacten, relatiebreuken en veranderingen in woonsituatie. Juist om die redenen is een voorspelbare en consistente structuur van behandeling, zoals geboden door MBT, van groot belang. Dit is dan ook hoe het MBT-behandelaanbod opgezet is en ook binnen het NPI geïmplementeerd is; volgens een voorspelbare en vaste opzet. Binnen het NPI bieden we aan volwassenen drie vormen van MBT-behandeling: MBT Ambulant, MBT Intensief en MBT 3-daagse deeltijd (zie kader).

#### ***MBT Ambulant***

Deze behandeling bestaat uit eenmaal groepstherapie en eenmaal individuele therapie per week. Er is bij de start een uitgebreid psychiatrisch onderzoek en gedurende de behandeling is er medicatiecontact bij de teampsychiater op indicatie. Op indicatie kan er een aantal gesprekken met een sociotherapeut plaatsvinden.

#### ***MBT Intensief***

De intensieve ambulante behandeling bestaat uit tweemaal groepstherapie en eenmaal individuele psychotherapie per week. Daarnaast is er eens per twee weken een individueel gesprek met de sociotherapeut. Er is bij de start een uitgebreid psychiatrisch onderzoek en gedurende de behandeling is er medicatiecontact bij de teampsychiater op indicatie.

#### ***MBT 3-daagse deeltijd***

De cliënten krijgen drie dagen per week overdag therapie, van 9.30 tot ongeveer 14.30 uur. De behandeling vindt grotendeels plaats in groepsverband en bestaat uit (onder andere) groepstherapie, creatieve therapie en mentalisatie bevorderende cognitieve therapie. Tussen de verschillende onderdelen zijn er ruime pauzes. Daarnaast is er eenmaal per week individuele psychotherapie en eenmaal per twee weken een individueel gesprek met de sociotherapeut. Er is bij de start een uitgebreid psychiatrisch onderzoek en gedurende de behandeling is er medicatiecontact bij de teampsychiater op indicatie.

In al deze MBT-behandelvormen staat het vergroten van het mentaliserend vermogen centraal. Dit is het vermogen om zowel jezelf als anderen te begrijpen in termen van gedachten, gevoelens, wensen en verlangens. Bateman & Fonagy (2016) hebben hier uitvoerig over geschreven. Alle MBT-groepen binnen het NPI zijn volgens eenzelfde structuur opgezet, zoals beschreven door Dawn Bales en Anthony Bateman, maar ze verschillen in intensiteit (Bateman & Fonagy, 2012). Om hier een helder beeld van te schetsen hebben we ervoor gekozen in dit artikel de structuur en het therapieproces van een MBT Intensief-groep te beschrijven en deze aan de hand van een casus te illustreren.

*Henk is een alleenstaande en alleenwonende, 39-jarige Nederlandse man met een langdurige hulpverleningsgeschiedenis vanwege borderline persoonlijkheidsproblematiek. Hij had geen vaste dagbesteding, leefde vrij geïsoleerd, had weinig contacten. Zijn enige sociale bezigheid bestond uit het wekelijks bezoeken van het buurtcentrum. Zijn belangrijkste klacht bij aanmelding was zijn forse stemmingsproblematiek. Hij had regelmatig last van sombere periodes, waarin hij zich isoleerde. Cliënt zag deze terugkerende somberheid als een gegeven feit. Hij had er geen controle over en kon er niet goed mee omgaan. Hij scheidde zich in dit soort periodes met blowen. Met name 's avonds kon hij ervan in paniek raken – 'Ik verdwij in het zwarte gat' – en belde dan veelvuldig naar de crisisdienst. Hij werd dan zo door zijn nare gevoel overspoeld, dat hij dacht dat alleen een opname in een isoleercel hem zou kunnen helpen. Als hij door hulpverleners werd aangehoord, voelde hij zich vaak onvoldoende begrepen – 'Jullie*

*moeten iets doen!'. Dit leidde ertoe dat hij zich nog slechter ging voelen en tot frustratie bij de betrokken hulpverleners. Henk ging op zulke momenten langs bij de huisartsenpost in de hoop dat ze hem daar wel op zouden nemen. De huisarts verwees hem dan vaak of terug naar de crisisdienst of terug naar huis. Henk bleef dan aandringen op opname in de isoleer en stond regelmatig 's nachts roepend op straat – 'Alleen de isoleer kan mij redden'.*

### **De structuur van de behandeling**

De MBT-behandeling is opgezet volgens een duidelijke, vaste en voorspelbare structuur. Er is een voor-, hoofd- en natraject. De duur van de gehele behandeling is maximaal drie jaar. Elke drie maanden wordt het verloop van de behandeling geëvalueerd in het team met de cliënt erbij.

Het MBT Intensief-team bestaat uit een klinisch psycholoog, een gz-psycholoog, een psychiater, een vaste sociotherapeut en een programmasupervisor (psychotherapeut). De klinisch psycholoog en de gz-psycholoog zijn de regiebehandelaren van het programma. De behandeling wordt door het hele multidisciplinaire team gedragen. Juist de complexiteit van deze populatie vraagt een verscheidenheid aan kennis en disciplines. Daarbij spelen bij alle cliënten problemen in de hechting, waardoor het aangaan van een relatie zeer beangstigend kan zijn. Voor cliënten kan het prettig zijn wanneer deze relaties wat worden verdund. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld problemen ervaart in het contact met de ene behandelaar kan dit middels contact met de andere behandelaar, of in de groep, worden onderzocht en hersteld. Daarnaast spelen uiteraard overdrachtsfenomenen vanuit de therapeuten en

cliënten, welke gepaard kunnen gaan met heftige gevoelens. Voor de therapeuten zijn dergelijke emoties beter te verdragen wanneer ze gedeeld kunnen worden met collega's. Om die reden zijn er vaste intervisie-, supervisie- en reflectiemomenten (direct

*Doel van de duidelijke afspraken en voorspelbaarheid is dat cliënten steeds meer controle gaan ervaren over oplopende spanningen*

na de groep met als doel het mentaliserend vermogen van de groepstherapeuten zelf te herstellen) ingepland. Ook vraagt onze doelgroep om veel holding. Door te werken in teamverband is sprake van een grote mate van beschikbaarheid en een snelle overdracht van informatie in bijvoorbeeld vakanties of bij onvoorziene afwezigheid van een behandelaar. Daarbij heeft de programma-supervisor als taak het mentaliserend vermogen van het team te monitoren en ervoor te zorgen dat er niet vanuit tegenoverdracht gehandeld wordt.

Wanneer een cliënt na intake is geïndiceerd voor een MBT-behandeling, start hij of zij met een voortraject MBT. De duur van het voortraject is gemiddeld drie maanden. Het bestaat uit de cursus MBT (acht bijeenkomsten van anderhalf uur), waarin de cliënt uitleg krijgt over de structuur van de behandeling en de methodiek. Daarnaast vinden er in het voortraject kennismakingsgesprekken plaats met de hoofdbehandelaar, de

sociotherapeut en de psychiater. Er wordt in deze fase een start gemaakt met het behandel- en crisisplan. Een systeemgesprek is daarnaast een vast onderdeel in deze fase. Na afronding van het voortraject, kan een cliënt doorstromen naar het hoofdtraject. Dit heeft een duur van achttien maanden. Het hoofdtraject van de MBT Intensief-behandeling bestaat uit een combinatie van tweemaal per week groepstherapie, wekelijkse individuele psychotherapie en individuele sociotherapie.

Met cliënten wordt in deze hoofdfase van de behandeling het behandelplan en het crisis-signaleringsplan uitgewerkt. Er zijn duidelijke afspraken over wat cliënten kunnen doen in geval van oplopende crisis en wat zij van het team kunnen verwachten. Van cliënten wordt verwacht dat zij bij oplopende spanning dit bespreken in de groeps- en individuele therapie. Daarnaast kunnen zij buiten de reguliere therapiemomenten, telefonisch contact opnemen binnen kantooruren. Zij kunnen dan, indien nodig en na afstemming in het team, gezien worden voor een extra crisisgesprek. Belangrijk doel van deze duidelijke afspraken en voorspelbaarheid, is dat cliënten steeds meer controle gaan ervaren over oplopende spanningen. En vervolgens dat spanningen minder hoog oplopen en zij hun mentaliserend vermogen herstellen. De vaste sociotherapeut ziet alle groepsleden in de eerste drie maanden van de intensieve fase wekelijks. Daarna is er sociotherapie mogelijk op indicatie (bijvoorbeeld als er veel sociaal-maatschappelijke problemen zijn), in dat geval zijn er gedurende een langere periode gesprekken met de sociotherapeut.

De groepstherapie is twee keer per week en heeft een duur van 75 minuten. Het is een

open groep en bestaat uit tien groepsleden. Er zijn altijd twee groepstherapeuten bij de groepstherapie. De twee regiebehandelaren (de klinisch psycholoog en gz-psycholoog) hebben beiden één vaste dag dat zij bij de groepstherapie aanwezig zijn. De vaste sociotherapeut is bij beide groepstherapieën aanwezig en zorgt daarmee voor de verbinding en holding tussen beide bijeenkomsten. Van cliënten wordt verwacht dat zij zelf actief onderwerpen inbrengen waar ze mee worstelen en die ze willen onderzoeken en bespreken in de groep. Wat er buiten de groep gebeurt, waar cliënten tegenaan lopen in dagelijks interacties en relaties met anderen, herhaalt zich vaak in de groep. De groepstherapie biedt een setting waarin cliënten deze interacties kunnen onderzoeken. De groepsleden denken actief mee met het ingebrachte onderwerp en worden gevraagd hun ideeën of hun perspectief hierop te delen, zodat er bij een cliënt meer differentiatie en nuance ontstaat in het beleven van zichzelf en de ander. Het gaat in de groep dus over datgene waar cliënten buiten de groep tegenaan lopen, maar ook over wat er tussen hen en de overige groepsleden gebeurt of over wat er tussen hen en de therapeuten speelt.

Indien nodig en gewenst, kunnen er gedurende het hoofdtraject meerdere systeemgesprekken plaatsvinden. Verder wordt er vier keer per jaar een naastenbijeenkomst georganiseerd waarin alle cliënten die op dat moment in MBT-behandeling zijn, welkom zijn met hun belangrijke naasten, zoals familie of goede bekenden. Deze naastenbijeenkomst heeft een informatief karakter, maar er is ook ruimte voor enige uitwisseling van ervaringen.

Na de intensieve fase van het hoofdtraject

wordt er met cliënten een plan gemaakt voor het natraject. Dat heeft een maximale duur van achttien maanden. Het kan bestaan uit het continueren van de individuele psychotherapie, al dan niet in een lagere frequentie en deelname aan de vervolgroep. In de praktijk wordt er soms voor gekozen de behandeling al eerder af te ronden, bijvoorbeeld als klachten aanzienlijk zijn verminderd. Of er wordt gekozen voor een minder intensief vervoltraject, bijvoorbeeld in de basisGGZ.

### *Dat waar cliënten tegenaan lopen in dagelijks interacties en relaties met anderen, herhaalt zich vaak in de groep*

*Henk stond bij aanvang ambivalent tegenover de behandeling; hij was van mening dat hij mogelijk beter af was in de chronische psychiatrische zorg omdat hij zijn heftige wisselingen als een intern gegeven beschouwde en er dus niets aan te doen was. Desondanks ging hij de behandeling aan en kwam hij afspraken trouw na. Gedurende de behandeling raakte hij steeds beter geëngageerd. Hem werd gaandeweg steeds duidelijker dat zijn stemming niet steeds ineens omsloeg, leidend tot crisissen, maar dat er dingen gebeurden in zijn dagelijks leven (tegenslagen, vermeende kritiek van anderen op hem) waardoor zijn stemming veranderde.*

*In de groep voelde hij zich af en toe zeer gekrenkt door de kritiek die er op zijn wijze van vertellen kwam. Er moest dan vanuit de therapeuten veel gesteund worden, waardoor*

*zijn spanning zakte en er ruimte kwam voor de intentie en feedback van de ander. Hij merkte dat wanneer hij zich in sociale contacten wat opener opstelde (en niet altijd de gangmaker was) hij meer in contact kwam met de ander. Hij ervoer daarnaast dat spanningen zich minder in hem opstapelden wanneer hij erover sprak.*

## **Het proces**

Wanneer er sprake is van hechtingsproblemen, worden interacties al snel als spannend ervaren. Onder spanning verliezen wij allemaal (uiteindelijk) kortdurend of soms ook langer durend ons mentaliserend vermogen. Bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis is, op basis van de hechtingsproblematiek, snel sprake van een verhoogde spanning in interactie met anderen. Hierdoor is het moeilijker het mentaliserend vermogen te behouden. Binnen de MBT-behandeling, zowel in de individuele gesprekken als in de groepstherapie, wordt getracht dit mentaliserend vermogen langer in stand te houden door enerzijds de spanning tijdig te reduceren, maar anderzijds ook door te leren te blijven mentaliseren, ook als de spanning wel oploopt in contact met anderen (Bateman & Fonagy, 2016, Bateman & Fonagy, 2004).

Het doel is dat er zo lang en zo veel mogelijk mentaliserende momenten zijn en dat wanneer het mentaliseren stopt, dit zo snel mogelijk wordt hersteld. Doordat in de groep het gevaar bestaat dat gehechtheidssystemen geactiveerd worden, kan de spanning snel oplopen en kan het zijn dat het mentaliseren stopt. Dan kan er ook schade ontstaan in de groep, doordat een cliënt bijvoorbeeld bevestigd wordt in zijn of haar vastzittende overtuiging. Dit moet zo snel mogelijk

gestopt en hersteld worden. De MBT-therapeuten hebben hierin een belangrijke en actieve rol. Het doel van de groepstherapie is immers het behoud van het mentaliserend vermogen van alle deelnemende cliënten, in stressvolle omstandigheden te versterken.

## *Belangrijk voor het beter kunnen functioneren in de maatschappij is dat de cliënt leert verwoorden wat er in hem omgaat*

Naast het overkoepelende doel van het vergroten van het mentaliserend vermogen zijn belangrijke doelen van de behandeling: het verbinden aan de behandeling en nakomen van afspraken (commitment), verminderen van psychiatrische klachten, het herkennen van en anders omgaan met terugkerende interpersoonlijke problemen, het verminderen van het destructieve gedrag en het verbeteren van sociaal maatschappelijk functioneren. Het verminderen van crisissen en het op constructieve manier gebruikmaken van de gezondheidszorg is een doel dat in deze verschillende doelen ook aandacht krijgt. Aan de hand van deze vijf doelen wordt er samen met de cliënt een behandelplan opgesteld, zodat de behandeling een duidelijke doel en focus heeft.

In alle behandelingen gaat het uiteindelijk om de verbetering van het functioneren in de maatschappij, dus buiten de behandelkamer. Belangrijke factor hierbij is dat cliënt zichzelf beter leert begrijpen en in staat is te

verwoorden wat er in hem omgaat. Een vertrouwensband tussen cliënt en behandelaar en het onderzoeken en bespreken daarvan, is hierbij van essentieel belang. Hiervoor is een veilige gehechtheidscontext nodig. Een dergelijke band kan alleen ontstaan wanneer de behandelaar zich voldoende volgend opstelt en goed aansluit bij de cliënt. Alleen wanneer een cliënt zich gehoord en begrepen voelt in zijn eigen visie op een situatie, kan er ruimte ontstaan voor alternatieve perspectieven. Binnen de MBT-methodiek is er veel aandacht voor het werkelijk volgen en begrijpen van de visie van de cliënt, vanuit het idee dat anders alleen maar strijd of een schijnaanpassing zal ontstaan, waardoor werkelijke veranderingen uitblijven. Met name in de individuele therapie is dit dan ook een belangrijke factor. Met cliënten wordt besproken hoe zij het contact aangaan, wat ze hierin beleven en wordt samen onderzocht wat maakt dat zij dat op die manier doen. Hierdoor leert een cliënt zichzelf begrijpen en verwoorden. Dit zorgt voor een verbetering van interpersoonlijke contacten, verbeterde emotieregulatie en daarmee vermindering van de psychiatrische klachten, destructief gedrag en crisissen (Target, 2015).

*Henk ervoer weinig verbinding met anderen. In zijn enige sociale contacten, in de kantine van het buurthuis, nam hij een rol aan van gangmaker. Hij vertelde veel jolige verhalen en liet daarbij weinig ruimte voor anderen of echt contact. Juist als hij heel gespannen was en het niet goed ging, kon hij overdag gezellig doen en niet laten merken hoe het daadwerkelijk met hem ging. Als de spanning dan enige tijd opliep, bleef hij juist weg uit contact, lag in bed en raakte met name 's avonds in crisis. In de eerste fase van de behandeling werd dit*

*duidelijk toen hij na een redelijk gemotiveerde start, zich toenemend slecht ging voelen, niet op afspraken kwam, maar wel via appberichten liet weten dat hij een gedwongen opname nodig had. Toen hij werd uitgenodigd hierover in gesprek te gaan, werd hij woedend op zijn individuele psychotherapeut. Hij voelde zich niet bij machte nog te onderzoeken waardoor hij zich zo slecht voelde of wat hem zou kunnen helpen in de opname en wat niet. Er moest gewoon 'ingegrepen worden'.*

*Doordat de sociotherapeut hierover met hem in gesprek ging, hem kon steunen in zijn moedeloosheid, ontstond er ook meer ruimte om wel weer in gesprek te gaan met zijn psychotherapeut. Deze dynamiek heeft zich gedurende de behandeling drie keer herhaald. In de afrondende fase was hij zelf in staat om aan te geven waardoor de spanning opliep, wat hiervan het gevolg was op hem en kon hij hier adequater mee omgaan. Ook leerde hij, mede door de feedback van zijn groepsleden, anders contact te maken met anderen en ontstonden er voorzichtig twee wederzijdse vriendschappen. Gedurende de behandeling namen de crisissen in frequentie en ernst af. In het eerste halfjaar meldde hij zich nog vijf keer bij de crisisdienst in de nacht. In de periode daarna werd er in goed overleg met hem nog drie keer een crisisgesprek gepland, wat voor hem voldoende steunend was om het weer vol te houden. In de laatste fase zijn er geen crisissen geweest.*

## **Conclusie**

Het NPI heeft een breed MBT-behandelaanbod. Belangrijke pijlers van de behandeling zijn het volgen van een voorspelbaar en gestructureerd therapiemodel. Het MBT Intensief-aanbod is een mooi en passend aanbod voor een doelgroep die een groot

beroep op zorg doet, en voor wie een ambulante behandeling te weinig holding biedt en de 3-daagse deeltijd te intensief is.

Het samenwerken in een multidisciplinair team waarbij iedereen vanuit eenzelfde theoretisch kader en model werkt, is hierin van essentieel belang. De combinatie van zowel groeps- als individuele therapie biedt de cliënten de gelegenheid de interactiepatronen waar zij buiten de therapie tegenaan lopen te ervaren en herkennen in de groep. In de individuele gesprekken kan hierover gereflecteerd worden en kan samen met de cliënt gezocht worden naar alternatieve manieren om hiermee om te gaan. Doordat een cliënt gaandeweg beter leert te verwoorden wat hij voelt en denkt en dit ook op een constructievere manier leert uiten, nemen destructieve gedragingen veelal af.

*Na anderhalf jaar intensieve behandeling en een jaar vervolgtraject ging het aanzienlijk beter met Henk. Hij is beter in staat zijn spanningen te reguleren, heeft nog wel wat stemmingswisselingen maar geen langer durende periodes van somberheid en isolement meer. Hij heeft zijn financiën op orde en doet vrijwilligerswerk. Bij afronding van de behandeling, laaide zijn verlangen tot opname in de isoleer weer even op. In tegenstelling tot het begin van de behandeling kon hij dit nu op constructieve manier verwoorden en lukte het hem te herleiden waar dit vandaan kwam, waardoor de noodzaak voor een opname vanzelf wegviel.*

*Marjolein Feldmann-Sinnige is gz-psycholoog in opleiding tot Specialist (Gios) en Jasmijn de Vos is klinisch psycholoog.*

## Literatuur

---

Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Bales, D. (2017). *MBT: Quality in mind, The implementation of Mentalization-based treatment in the Netherlands*. <https://www.publicatie-online.nl/publicaties/d-l-bales>

Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalisation-based treatment for personality disorders. A practical guide*. Oxford: University Press.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorders*. Oxford: University Press.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Target, M. (2015). Gehechtheid en mentaliseren. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 41(3), 187-197.

Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & Busschbach, J.J.V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259-265.

---