

MBT voor mensen met een psychosegevoeligheid

De auteurs van dit artikel ronden in 2020 de eerste RCT naar de effectiviteit van MBT voor mensen met psychosegevoeligheid (MTBp) af. De doelgroep heeft een beperkt epistemisch vertrouwen en mentaliserend vermogen en wellicht moet groeps therapie (MBT dan wel anderszins) bij uitstek in zijn behandelaanbod worden opgenomen, omdat sociale deprivatie en vervreemding een grote rol speelt in het ontstaan van psychoses. Er zijn wel verschillen tussen MTB en MTBp. Zo kan niet alleen de presentatievorm van mentaliserende tekorten anders zijn, ook wordt van therapeuten dikwijls gevraagd zich anders te verhouden tot de psychosegevoelige cliënt. De auteurs bespreken de verschillen uitgebreid.

Door Jonas Weijers, Coriene ten Kate,
Irma Siecker en Yvonne Noij

Mentaliseren is het vermogen om te begrijpen dat ons gedrag en dat van anderen beïnvloed wordt door subjectieve belevingen als gedachtes, gevoelens, wensen en herinneringen (Bateman & Fonagy, 1999). Mentaliseren is een multidimensioneel construct bestaande uit afzonderlijke aspecten, zoals *theory of mind* (het vermogen je een beeld te kunnen vormen van de geest van anderen), empathie (het vermogen mee te voelen met de ander), mindfulness (het vermogen je gewaar te worden van je eigen actuele mentale toestand) en reflectief vermogen (het vermogen te kunnen nadenken over de eigen mentale toestand). Goed mentaliseren is het vinden van een balans, of eerder een goede samenwerking, tussen deze aspecten. Mentaliseren is niet alleen van belang om tot een beter begrip te komen van onszelf en anderen, maar ook om onze emoties te reguleren en om onze relaties relatief soepel te laten verlopen. In de theorie over mentaliseren staat het reflectief vermogen centraal, dat afneemt naarmate de emotionele spanning toeneemt. Dit principe zal voor iedereen uit ervaring bekend zijn. Als we woedend zijn op iemand, wordt het lastig diens goede kanten op waarde te schatten. Als we ons onrechtvaardig behandeld voelen, is het dikwijls lastig om ons eigen aandeel nog te zien. Er is tevens wetenschappelijk bewijs dat nadenken lastiger wordt wanneer wij overweldigd

raken door emotie. Bij overmatige emotionele stress, wordt de regulering van de hersenactiviteit door de prefrontale cortex, het 'denkende brein', ondermijnd en overgenomen door subcorticale structuren, ook wel het 'emotionele brein genoemd' (Arnsten, 2009). Dit proces stelt ons in staat snel en instinctief te reageren op situaties, maar gaat ten koste van 'hogere orde' cognitieve processen zoals zelfreflectie, een kernaspect van mentaliseren. Hoe we de wereld en de ander zien wordt dan bepaald door hoe wij de wereld willen zien, we staan niet meer open voor andere perspectieven, wat het bemoeilijkt om te komen tot een sociaal geconstrueerde, gedeelde opvatting van de realiteit.

Deze menselijke tendens onderstreept het belang van sociale interactie in ruimere zin en groepstherapie in engere zin. Als sociale wezens zijn wij mensen namelijk aangewezen op de hulp van anderen bij de verwerking van pijnlijke emoties en anderen helpen ons om ons beeld van de werkelijkheid niet volledig te laten kleuren door onze verlangens en behoeftes. Het vermogen om te reflecteren laat ons immers vaak in de steek wanneer de pijn te groot is. We hebben de input van anderen nodig om ons begrip van onszelf en de ander continu bij te stellen, omdat we dat alleen niet kunnen bolwerken. We hebben het nodig te praten over onze gevoelens en af te stemmen met anderen om een voldoende helder en coherent beeld te behouden van de (sociale) realiteit.

Voor mensen die in de groep Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) vallen, onder wie mensen met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis of een psychosegevoeligheid, is het contact aangaan met anderen een lastig gegeven. Het vermogen

om open te staan voor andermans inzichten, hangt naast het vermogen emoties te reguleren namelijk af van het vermogen te vertrouwen dat anderen a) iets zinnigs te melden hebben over onze eigen subjectieve ervaringen en b) welwillend van aard zijn. Dit heet 'epistemisch vertrouwen'. EPA-cliënten hebben een chronisch gebrek aan epistemisch vertrouwen en zien anderen dus als onbetrouwbare informatiebronnen. Zij leren doorgaans minder goed van anderen en neigen echt contact met anderen te vermijden, waardoor er zich een risico ontwikkelt op het ontstaan van psychische en sociale problemen.

De therapeut wordt in eerste instantie tegemoet getreden met sceptis en wantrouwen

Dat het EPA-cliënten aan epistemisch vertrouwen ontbreekt, heeft voor een deel te maken met vroegkinderlijke, negatieve ervaringen en de daaruit voortvloeiende onveilige gehechtheidsstijlen. Epistemisch vertrouwen wordt in de jeugd jaren ontwikkeld wanneer er sprake is van veilige gehechtheid. Vroegkinderlijke onveilige gehechtheidsrelaties resulteren in een gebrek aan vertrouwen in jezelf en de ander. Uit onderzoek blijkt dat EPA-cliënten vaak een veilige hechtingsomgeving ontbeerden, met een onveilige gehechtheidsstijl als gevolg (Voestermans e.a., 2020).

Veilige gehechtheid bevordert ook de ontwikkeling van mentaliseren. In een veilige omgeving durven kinderen te exploreren en

de inhoud van hun eigen geest en die van anderen te onderzoeken. Wanneer er sprake is van mishandeling, misbruik of verwaarlozing, is het te pijnlijk voor het kind om zich te verplaatsen in de ander, wat ten koste gaat van de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen (Fonagy & Allison, 2014). Het epistemisch wantrouwen, onveilige hechting en beperkt mentaliserend vermogen zijn factoren die veranderingsgerichte psychotherapie bemoeilijkt. Het is onze ervaring dat er veel moed nodig is om kwetsbare, schaamtevolle, persoonlijke onderwerpen uit te werken met een (in eerste instantie) onbekende hulpverlener. Deze therapeut wordt in eerste instantie namelijk tegemoet getreden met (al dan niet openlijke) scepsis en wantrouwen. In het verleden werden daarom mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis of een psychosegevoeligheid gelabeld als 'niet reagerend' op veranderingsgerichte psychotherapie.

Bij psychosegevoeligheid

Er is weinig bekend over epistemisch vertrouwen bij cliënten met psychosegevoeligheid. Onderzoek heeft echter wel aangetoond dat de gehechtheidstijl van 70% tot 89% van psychosegevoelige cliënten gekenmerkt wordt door wantrouwen jegens de ander (Gumley e.a., 2014). Waarschijnlijk staat (vroegkinderlijk) trauma aan de wieg van die onveilige gehechtheidstijl. Een meta-analyse uit 2012 toonde aan dat cliënten met psychosegevoeligheid driemaal vaker het slachtoffer waren van mishandeling of misbruik in de kindertijd (Varese, 2012). Later in hun leven hebben cliënten met een psychosegevoeligheid een grotere kans om gebeurtenissen mee te maken die het

vertrouwen in anderen schaden, omdat zij in de regel regelmatig geconfronteerd te worden met ervaringen van buitensluiting (Selten & Cantor-Graae, 2005). Anderen, ook behandelaren, worden gewantwoord, wat traditionele psychotherapeutische behandelingen bemoeilijkt.

Niet alleen het vermogen te vertrouwen op anderen, maar ook het vermogen te mentaliseren is beperkt in deze doelgroep. Chris Frith (1992), opperde als eerste dat een beperkt vermogen om zich een voorstelling te kunnen maken van de eigen geest en die van anderen zelfs hét onderliggend kernsymptoom van psychose is. Immers, achtervolgings-, betrekings- en vervolgingswanen hangen per definitie samen met een onvermogen om te kunnen interpreteren wat anderen denken of voelen. Affectvervlakking komt mogelijk voort uit het onvermogen te begrijpen dat bepaalde gebaren, uitdrukkingen en intonaties mentale toestanden communiceren (Frith, 1992). Als laatste draagt een verminderd mentaliserend vermogen bij aan het beperkte sociaal functioneren van deze doelgroep. Een beperkt mentaliserend vermogen maakt sociale interactie overwelkend complex en onbegrijpelijk, wat ertoe leidt dat cliënten zich terugtrekken uit sociaal contact of dat ze buitengesloten worden. De hypothese van Frith (1992) is inmiddels robuust ondersteund door empirisch onderzoek, maar is intussen ook wat bijgeschaafd. Recent onderzoek laat zien dat het mentaliserend vermogen van mensen met een psychosegevoeligheid op meerdere gebieden beperkt is, zelfs beperkter dan dat van andere EPA-doelgroepen zoals cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Ridenour, 2021). Meerdere meta-analyses concludeerden dat cliënten met psychose-

gevoeligheid slecht presteren op diverse aspecten van mentaliseren, zoals het innen van andermans perspectief (Sprong e.a., 2007), het begrijpen van emotionele expressies van anderen (O'Driscoll e.a., 2014) en het herkennen en verwoorden van de eigen emoties (Brunelin e.a., 2007; Trémeau 2006). Deze beperkingen zijn gerelateerd aan zowel positieve (McLeod e.a., 2014) als negatieve symptomen (McLeod e.a., 2014; Weijers e.a., 2018). Tegenwoordig wordt het mentaliserend vermogen meer en meer beschouwd als een beschermende factor tegen het ontstaan van psychoses. Een adequate ontwikkeling van mentaliserend vermogen bij kinderen die stemmen horen, vermindert de kans dat zulke symptomen zich vervolgens ook tot waanideeën ontwikkelen (Bartels-Velthuis e.a., 2011). Vermoedelijk stelt mentaliseren mensen in staat om andere perspectieven in te nemen ten opzichte van hun subjectieve ervaringen en zodoende de soms vervreemdende ervaringen te herinterpreteren.

MBT

Onderzoek heeft aangetoond dat cliënten met een beperkt mentaliserend vermogen effectieve behandeling kunnen volgen. Fonagy en Bateman hebben vanaf 1999 met longitudinaal onderzoek laten zien dat mentaliseren bevorderende therapie (MBT) goede effecten kan sorteren bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Het kerndoel van MBT is om het mentaliserend vermogen te bevorderen. Dit betekent dat in de therapie wordt geoefend met het handhaven en vergroten van het reflectief vermogen, terwijl emoties bewust gevoeld worden binnen een therapeutische

relatie. Therapeut en cliënt werken samen om *arousal* te reguleren en gevoelens te begrijpen en valideren. Samen met de therapeut (en de groepsgenoot) probeert men stil te staan bij en te reflecteren op automatische reflexen, kernaannames en emoties van de cliënt en groepsgenoten. Leren stilstaan bij de belevingen van jezelf en anderen is centraal in deze vorm van therapie. Deze *evidence based* MBT-behandeling veroorzaakte een kentering in het denken over en psychotherapeutische behandeling van cliënten met een BPS in de geestelijke gezondheidszorg, vooral omdat cliënten met deze diagnose eerder door sommigen als chronisch en onbehandelbaar beschouwd werden.

In MBT staan vier hoofdprincipes centraal: een 'niet-wetende' betrokken therapeutische houding, focus op het interpersoonlijke proces, een focus op actueel affect, en zorgvuldige aanpassing van het interventieniveau aan het spanningsniveau van de cliënt. Ten eerste wordt in de MBT-behandeling benadrukt dat therapeuten een 'niet-wetende' betrokken houding aannemen, met oprechte interesse in de huidige ervaring van de cliënt en een authentiek contact aangaan. Belangrijk is om geen eigen interpretatie aan de cliënt op te dringen. De therapeut maakt menselijk contact met de cliënt die eigen betekenisvolle belevingen en intenties heeft, die de therapeut samen met de cliënt tracht te begrijpen vanuit de subjectieve ervaringen van de cliënt (Debbané e.a., 2016; Fonagy e.a., 2017). Hoewel dit binnen psychotherapeutische behandeling vanzelfsprekend is, is dit niet altijd zo vanzelfsprekend in de psychosezorg. Ten tweede focust de therapeut op het interpersoonlijke proces tussen therapeut en

cliënt en tussen cliënten onderling. Wanneer de cliënt zich voldoende 'gementaliseerd' oftewel in het contact begrepen voelt, door zijn therapeut of groepsleden, kan de cliënt zich veilig en verbonden genoeg gaan voelen om weer te kunnen leren van andermans perspectieven en de eigen houding ten opzichte van de sociale wereld herinterpreteren (Fonagy & Allison, 2014). Ten derde focust de therapeut zich vooral op de actuele affectieve ervaring van de cliënt, minder dan op de inhoud van het verhaal. Door de cliënt te helpen te reflecteren op de huidige gevoelde ervaring, kan de dominantie van emotie-gedreven processen verminderen ten behoeve van een complexere modus van informatieverwerking, te weten: 'gementaliseerde affectiviteit' (Debbané e.a., 2016). De therapeut nodigt de cliënt uit om woorden te gaan geven aan de eigen binnenwereld. Het idee is hier dat wanneer een cliënt kan reflecteren op zijn emoties terwijl die ervaren worden, de grip van emotie op het denken wat losser wordt en dit de cliënt in staat stelt om wat flexibeler te worden in diens overtuigingen. Zo oefent de cliënt met het zich niet mee laten voeren, maar wel bewust ervaren van eigen emoties. Ten vierde wordt de complexiteit van interventies aangepast aan de emotionele spanning die de cliënt ervaart. Interventies zijn ingetogen en to-the-point. Fonagy en Bateman (2006) schrijven daarover: 'Psychotherapeuten van allerlei oriëntaties proberen vaak diepzinnige inzichten te verschaffen met betrekking tot psychische problemen, maar doen dat op een moment waarop de capaciteit voor effectief, expliciet mentaliseren praktisch ontoegankelijk is.' Te weinig emotionele spanning levert te weinig materiaal op om actief te kunnen

reflecteren, terwijl een teveel aan spanning het reflectief vermogen ondermijnt. Bij een gebrek aan spanning kan confrontatie helpen, terwijl bij te veel spanning steunende interventies zoals het valideren van emoties kan helpen. Bij een optimaal spanningsniveau kan daadwerkelijk gereflecteerd worden op emoties in het hier en nu. Karterud (2015) beschrijft enkele groepsinterventies die door de hulpverlener gebruikt kunnen worden om emoties te reguleren. Met 'kant kiezen', waarbij de therapeut het actief opneemt voor een cliënt die onder druk gezet wordt door een groep, kan een therapeut ervoor zorgen dat deze cliënt zich niet buitengesloten voelt (wat overmatig veel spanning geeft). Zo wordt benadrukt dat er meerdere kanten aan een verhaal zijn, en dat blijven mentaliseren over de beleving van mensen die buiten de boot dreigen te vallen noodzakelijk is. Met 'triangulatie' wordt een heftige emotionele interactie tussen groepsleden (of therapeut en groepslid) verdund door een ander groepslid te betrekken bij het gesprek. Met 'parkeren' krijgt iemand die het moeilijk lukt te mentaliseren even de tijd om op adem te komen en focus te herpakken.

MBTp

De belangstelling om MBT toe te passen bij psychosegevoelige cliënten (MBTp) groeit. Dit roept ook discussie op: wordt de psychosegevoelige cliënt niet overschat door MBTp aan te bieden? Het doel van MBTp is immers om mensen met beperkingen in het mentaliserend vermogen te laten reflecteren en om mensen met sociale- en bindingsangst een langdurige groepspsychotherapie te bieden. Het geven van langdurige, psycho-

dynamisch georiënteerde groepstherapie aan mensen met een psychosegevoeligheid heeft lange tijd op verzet gestuit. Psychodynamische psychotherapie zou niet bijdragen aan herstel, en bovendien gevaarlijk kunnen zijn (Lehman & Steinwachs, 1998). Genoemde bezwaren zijn dat groepstherapie deze

*Eenzaamheid blijkt
sterk gecorreleerd
aan de hevigheid van
psychotische ervaringen
in het dagelijks leven*

cliënten te sterk zou belasten, of dat ze zouden ontregelen omdat sociaal contact te veel spanning met zich meebrengt. Inmiddels heeft onderzoek aangetoond dat psychodynamisch georiënteerde psychotherapie van toegevoegde waarde kan zijn aan medicamenteuze behandeling (Rosenbaum e.a., 2012) en dat het behandelen van veelal onderliggende trauma's veilig kan en tot vermindering van psychotische klachten leidt (van den Berg, 2015).

Wellicht dat groepstherapie (MBT dan wel anderszins) bij uitstek in het behandelaanbod opgenomen moet worden voor cliënten met psychosegevoeligheid. Vele onderzoeken hebben namelijk aangetoond dat sociale deprivatie en vervreemding een grote rol speelt in het ontstaan van psychoses. Sociale uitsluiting blijkt een sterke voorspeller voor de ontwikkeling van een psychotische stoornis (Selten e.a., 2013) en eenzaamheid blijkt sterk gecorreleerd aan de hevigheid

van psychotische ervaringen in het dagelijks leven (Steenkamp e.a., 2019). Psychose valt vaak samen met een verlies van sociaal geconstrueerde betekenis (in het Engels zo mooi 'common sense' genoemd), waardoor er verminderd toegang is tot andere perspectieven die nodig zijn om tot een coherent(er) wereldbeeld te komen (Fuchs, 2015). Bovendien is functioneel herstel wel degelijk mogelijk, zo toonde een recente meta-analyse aan (Leonhard, e.a., 2017), maar daarbij zijn sociale factoren zoals verbondenheid (Eisenstadt, e.a. 2012; Hendryx, Green & Perrin, 2009) en het ervaren van sociale steun (Norman, e.a. 2013; Thomas, e.a. 2016) cruciaal.

Groepstherapie kan onzes inziens daarom bij uitstek een middel zijn om mensen met een psychosegevoeligheid weer in verbinding te brengen met de eigen binnenwereld en een gedeelde sociale werkelijkheid. Blootstelling aan andere perspectieven binnen de veilige omgeving van groepstherapie draagt bij aan leren twijfelen aan de eigen 'waarheid' en het positieve effect van sociaal leren bevordert flexibelere relationele patronen (Blom & Colijn, 2012). Karterud (2015) stelt dat therapeutische groepen gebruikmaken van de diepe behoefte aan geborgenheid in een sociale omgeving.

De MBTp groepstherapie is gericht op binding (groepscohesie) en geborgenheid (een veilige groep). Bij mentaliseren bevorderende groepstherapie staat de beleving van de cliënt centraal. De therapeut ondersteunt en helpt veranderingen van de groepsleden tot stand te brengen. Betrokkenheid bij de groep wordt gestimuleerd dankzij congruentie, betekenisverlening van wat zich in de groep en bij individuele leden afspeelt (een pendelen tussen interactie in de groep en

de individuele belevingswereld]. Zo ontstaat belangstelling van de cliënt voor zichzelf en de anderen en onderlinge manieren van omgaan met relaties. Cliënten leren elkaar beter te begrijpen. De eigen belevingswereld en de manier van omgaan met anderen staan centraal. De verhalen van lotgenoten functioneren als voorbeelden en geleerde lessen (psycho-educatie) dragen bij aan het creëren van hoop (motivatie), doen beseffen dat de eigen problemen niet uniek zijn maar juist vergelijkbaar met anderen (universaliteit), geven een gevoel van betekenis te zijn voor anderen (altruïsme en identiteit), geven een corrigerende emotionele ervaring (*exposure*) en bieden een kans om sociale vaardigheden te leren (door oefening en imitatie).

Door goed af te spreken wat de basisregels zijn van de groep, proberen we nieuwe leerervaringen te creëren waarin de cliënt zich vanuit een reflectieve houding anders leert te uiten, met oog voor zowel zichzelf als de ander. Hierdoor kan de cliënt leren hoe belangrijk het is dat er sensitief en responsief met emoties wordt omgegaan. Deze leerervaring is volgens ons in het bijzonder van belang voor de psychosegevoelige cliënt omdat zij het grootste risico lopen afgesneden te raken van sociaal contact. Door woorden te geven leren geven aan ervaringen, belevingen en gevoelens ondervangt men het proces van sociale isolatie en vervreemding.

Geleerde lessen

Onderzoek naar MBT bij psychosegevoeligheid (MBTp) staat nog in de kinderschoenen – veel is nog onbekend over hoe MBT het best toegepast kan worden bij deze doel-

groep – maar internationaal wordt er meer en meer onderzoek gedaan, waaronder in Amerika (Brent e.a., 2014; Ridenour, 2020), Spanje (Lana, 2017), Engeland (Salaminios, 2021), Zwitserland (Debbané e.a., 2016) en Nederland (Weijers e.a., 2021).

Het eerste onderzoek naar MBTp toonde aan dat MBTp veilig toepasbaar is (Lana, 2017). Dit onderzoek heeft laten zien dat MBTp groepstherapie als zeer acceptabel en heilzaam wordt ervaren door cliënten zelf. In deze studie was de incidentie van zogenoemde *adverse events* (hospitalisering, crises, suïcidaal gedrag en automutilatie) erg laag.

In 2020 ronden wijzelf bij GGZ Rivierduinen en Altrecht de eerste Randomized Controlled Trial naar de effectiviteit van MBTp af. Daarin werd een controlegroep, die Flexible Assertive Community Treatment (FACT) kreeg, vergeleken met een groep die daarnaast ook MBTp kreeg. FACT-teams zijn

De vooruitgang in de MBTp groep bleek robuuster dan die van de controlegroep

gespecialiseerd in het bieden van farmacotherapie, (individuele) cognitieve gedragstherapie en steunend structurerende behandeling, alsmede trajectbegeleiding aan EPA-cliënten. MBTp werd als adjunct-behandeling naast FACT aangeboden en bestaat uit een wekelijkse groepsessie en een individuele sessie eens per twee weken. Ook uit dit onderzoek bleek dat MBT veilig in te zetten is bij psychosegevoelige cliënten:

er werden minder cliënten die de MBTp-groep actief volgden opgenomen als gevolg van een verslechtering van hun stoornis dan in de controleconditie. Het onderzoek liet verder zien dat zowel in de controlegroep als in de MBTp-groep een grote vooruitgang te zien was op onze primaire uitkomstmaat, sociaal functioneren, zonder significant verschil tussen de groepen. Wel bleek de vooruitgang in de MBTp groep robuuster dan die van de controlegroep. Een half jaar na het einde van de therapie bleven de verbeteringen behouden en waren ze toegenomen ten opzichte van de controlegroep. Daarnaast lieten cliënten die de MBTp-module hadden gevolgd een grotere vooruitgang zien op verscheidene maten van mentaliserend vermogen en lieten ze een grotere daling in sociale stress zien. Ten slotte bleken cliënten met een relatief recentere eerste psychose beter te reageren op de therapie. Een vervolgonderzoek dat momenteel wordt uitgevoerd bij GGZ Rivierduinen en Altrecht moet uitsluitsel geven of vijf jaar na beëindiging van de behandeling deze behaalde resultaten nog steeds aanwezig zijn, en of MBTp op langere termijn van toegevoegde waarde kan zijn.

Verschillen tussen MBT en MBTp

In de kern is de benadering voor psychose-gevoeligheid niet anders dan die met borderline cliënten. Centraal in MBTp staat het oefenen met het mentaliseren ten tijde van stress en emotionele spanning. Dat houdt in dat men gedurende sessies ook oefent met het vermogen om te reflecteren op de – soms (rand)psychotische – subjectieve ervaring. Daarbij is het belangrijk aandacht te hebben voor de zogenoemde prementali-

serende modi van de cliënten. Vreemde ervaringen behorend bij psychose worden vaak geïnterpreteerd als een letterlijke weergave van de werkelijkheid, oftewel de binnenwereld wordt met de buitenwereld verward, ook wel de psychische equivalentie modus genoemd. Soms worden emotionele ervaringen nauwelijks geregistreerd, afgesplitst of ontkend, wat de alsof-modus wordt genoemd. En ten slotte hebben psychose-gevoelige cliënten de neiging gedrag gelijk te stellen aan intentie, ook wel de teleologische modus genoemd. Daarbij kunnen zij bijvoorbeeld vergaande conclusies trekken uit een bepaalde blik die de therapeut toewerpt, of kunnen ze een beroep doen op de therapeut om met een oplossing te komen om zich ervan te vergewissen dat de therapeut aan hun kant staat.

De verschillende modi vragen om verschillende therapeutische interventies. Wanneer iemand zich in de psychische equivalentie-modus bevindt, is het belangrijk om allereerst stress te verminderen door middel van steunende interventies zoals het valideren van emoties. Ook is het cruciaal om te trachten iemands psychologische nieuwsgierigheid te bevorderen door actief vragen te stellen over iemands binnenwereld, of andere perspectieven te belichten. Bij de alsof-modus is het belangrijk om de beleavingswereld van de therapeut te benoemen of om stil te staan bij subtiele tekenen van emotie die zichtbaar zijn, maar nog niet door de cliënt zelf geregistreerd worden. Bij de teleologische modus gaat het er niet om snel met oplossingen te komen, maar om stil te staan bij de onderliggende behoefte aan concrete oplossingen en deze te valideren en waar het kan ook te onderzoeken. In deze zin verschilt MBTp niet van de reguliere

	<u>Alledaags</u>	<u>Borderline</u>	<u>Psychotisch</u>
Psychische equivalentie-modus	<i>Zo is mijn baas, hij denkt gewoon dat ik lui ben.</i>	<i>Mijn baas vindt mij nutteloos, ik denk niet dat ik daar mee om kan gaan.</i>	<i>Mijn baas is mijn gedachten aan het lezen, maar kan dat niet in de kamer hiernaast.</i>
Alsof-modus	<i>Ik heb je zorg niet nodig hoor, ik ben een grote jongen, ik kan het alleen aan.</i>	<i>Het maakt mij niks uit of je blijft of gaat. Ik heb toch zo weer een ander en dan word ik echt gelukkig.</i>	<i>Ik ben tot de conclusie gekomen dat menselijke relaties op kosmische schaal eigenlijk niet zoveel voorstellen.</i>
Teleologische modus	<i>Mijn moeder gaf me het grootste stuk taart. Dat geeft me toch een beetje het gevoel haar lieveling te zijn.</i>	<i>Mijn moeder gaf het grootste stuk taart aan mijn broer. Zie je wel, ze wil me ergens voor betaald zetten.</i>	<i>De blik in de ogen van mijn moeder verried dat ze er op uit is mij te vergifigen.</i>

Vrij vertaald uit Debanne et al. (in press)

Tabel 1: *Prementaliserende modi op het psychopathologische spectrum, met toestemming vrij vertaald uit Debbané (submitted).*

MBT. Echter, stoornis specifieke kenmerken resulteren in de praktijk wel in verschillende benaderingen.

De prementaliserende modi kunnen zich bij psychosegevoeligheid bijvoorbeeld anders manifesteren dan bij borderline of meer alledaagse uitingen van prementaliseren, zie tabel 1.

Maar niet alleen de presentatievorm van mentaliserende tekorten kan anders zijn, ook wordt van therapeuten dikwijls gevraagd zich anders te verhouden tot de psychosegevoelige cliënt. Om te beginnen is het belangrijk dat de therapeut zich ervan vergewist dat het mentaliserend vermogen van een psychosegevoelig iemand vaak beperkter is dan dat van borderline cliënten (Ridenour e.a., 2020). Mentaliserende tekorten bij borderline cliënten lijken eerder te worden gekenmerkt door instabiliteit, terwijl cliënten

met psychosegevoeligheid mogelijk ook meer structurele tekorten hebben, vooral wanneer de pathologie chronisch van aard is. Daardoor is het vermogen te blijven reflecteren bij oplopende spanning beperkter en wordt van therapeuten gevraagd zich (in ieder geval in het begin) meer te richten op de elementaire interventies van de MBT, zoals emotionele validatie, vragen om opheldering, het leren bemerken en benoemen van emoties en samen onderzoeken wat de emoties te zeggen hebben. Hierbij genieten empathische validerende behandelvarianten de voorkeur boven de meer confronterende, overeenkomend met een eerdere richtlijn voor het toepassen van MBT bij cliënten met cluster A persoonlijkheidsstoornissen (Blom & Colijn, 2012).

In de vroege fase van de behandeling biedt de therapeut psycho-educatie over mentaliseren, gehechtheid, trauma en psychose, en

werkt de therapeut samen met de cliënt aan het opbouwen van een vertrouwensband om emotionele uitschieters op te leren vangen

*In deze groep
zal de therapeut vaker
suggesties aandragen
of helpen woorden
te geven aan sensaties*

(Weijers e.a., 2016). Gedurende de behandeling zullen de therapeut en de cliënt eerst werken aan mentaliseren op een elementair niveau. De cliënt helpen te detecteren en benoemen van de affectieve ervaring staat daarbij centraal, omdat vooral dit aspect van mentaliseren problematisch is voor cliënten met een psychosegevoeligheid (Debbané e.a., 2016). De therapeut blijft open en nieuwsgierig om zodoende de cliënt te helpen betekenis te geven aan emoties in het hier en nu. Doel is om de cliënt zelf te laten ontdekken, maar binnen de MBTp zal de therapeut vaker suggesties aandragen of helpen woorden te geven aan sensaties dan binnen de reguliere MBT. Het ontbreekt de psychosegevoelige cliënten vaker aan taal voor deze emoties.

Wanneer het vermogen om te reflecteren vertraagt, wordt er teruggespoeld naar hetgeen dat overspoelde (Debbané e.a., 2016). Om ervaringen minder als de waarheid te beleven is het nodig om op individueel niveau het emotionele proces af te remmen en het bewustzijn te richten op actuele ervaringen. Ervaringen voelen voor psychosegevoelige cliënten vaak als waarheid aan.

Het besef ontbreekt dat eigen ervaringen doorspekt zijn met aannames die voortkomen uit de subjectieve leergeschiedenis. Met MBTp wordt onderzocht wat eigen emoties over het hier en nu zeggen, terwijl we de historische betekenis ervan er ook bij betrekken waardoor de actuele beleving in proces komt en begrepen wordt. Verder betekent het beperkte mentaliserend vermogen dat de focus bij het individu komt te liggen en minder gewerkt wordt in interactie. Mentaliseren over relaties in het hier en nu kan snel te veel *arousal* geven. Brent e.a., (2014) en ten Kate (2016) raden om deze reden af om te veel te mentaliseren over de overdrachtsrelatie. Doel van de groepspsychotherapie is om verschillende perspectieven te verkennen, om zo uit te nodigen de eigen rigide perspectieven meer los te laten (Brent e.a., 2014; Weijers e.a., 2016). Het verminderde mentaliserend vermogen vraagt het intensief monitoren van spanning tussen groepsleden en soms meer top-down regulatie door actief ingrijpen van groepstherapeuten. Interpersoonlijke spanning loopt niet alleen sneller op, maar resulteert bij deze doelgroep ook sneller in (psychotische) achterdocht. Een veilige groepscohesie is van belang om het mentaliserend vermogen intact te houden. Het eerdergenoemde 'kant kiezen' (Karterud, 2015) is van extra waarde wanneer een cliënt zich door vreemd gedrag of beperkte sociale vaardigheden buiten de groep dreigt te plaatsen.

In de MBTp groep wordt coulant omgegaan met afwezigheid. Mensen met een psychosegevoeligheid houden contact meer af en staan minder stil bij de impact van hun afwezigheid op de ander. Daarbij is het een risico dat de therapeut onbewust verwaar-

lozend wordt richting de cliënt. Het is essentieel dat de groepstherapeut geduld heeft en probeert te begrijpen wat de afwezigheid verklaart en tegelijk stil staat bij eigen mogelijke gevoelens van verwaarlozing bij zichzelf. Het 'in gedachten' houden van cliënten middels telefoontjes of huisbezoeken na gemiste sessies is daarom van belang. In sommige gevallen is een herinneringsbericht voorafgaand aan de groepsessie helpend.

Verder is de emotionele expressie van psychosegevoelige cliënten anders dan die van borderline cliënten. Waar borderline dynamiek eerder beschreven is als een geluidsinstallatie waarvan de luidsprekers elkaar versterken en steeds luider en luider worden (Karterud, 2015) zijn groepen met psychosegevoelige cliënten te omschrijven als een collectie kluizen. Psychosegevoelige cliënten hebben de neiging om hechtingsgerelateerde gevoelens te deactiveren om niet overweldigd te raken door sociale interactie. Hierdoor is het voor deze cliënten lastig om emoties te uiten (ook wel 'affectvervlakking'). Toch blijkt uit onderzoek dat psychosegevoelige cliënten juist stressgevoeliger zijn (Myin-Germeys & van Os, 2007), maar dit tegelijkertijd verborgen houden voor de buitenwereld. Van buitenaf is moeilijk af te lezen wat er van binnen gebeurt. Frustraties en herinneringen spelen lang door. Dit geeft een verkeerde indruk, alsof het gaat om een gebrek aan spanning, zodat het inschatten van het spanningsniveau tijd vraagt. MBTp vraagt van therapeuten bewuster opmerken van lichte tekenen van emotionele ontregeling die specifiek zijn voor psychosegevoelige mensen, zoals vertraagde spraak, verminderde coherentie of het zich afsluiten van het contact.

MBTp, in navolging van Karterud (2015), vraagt langere behandeltime dan de gebruikelijke anderhalf jaar bij de borderline groep. Er wordt minder gebruikgemaakt van confronterende interventies, voor psychosegevoelige cliënten (en hun therapeuten) is het lastig om direct aan de pathologie te werken. De benodigde tijd om epistemisch vertrouwen op te bouwen en mentaliseren te bevorderen is langer. In onze ervaring geeft drie jaar, eenmaal per week groep, betere resultaten dan anderhalf jaar.

De echt betrokken, niet-wetende houding staat centraal in de behandeling van psychosegevoelige cliënten. Recent onderzoek toont aan dat cliënten met een psychosegevoeligheid dikwijls een gemarginaliseerde rol hebben in de samenleving en/of slachtoffer zijn van sociale buitensluiting, geweld en andere vormen van *social defeat*, en dat die ervaringen een belangrijke factor zijn in het ontstaan van psychoses (Selten e.a., 2013).

Bij MBTp is het minder haalbaar om de therapie geheel medicatie-vrij aan te bieden

Wanneer de therapeut die zich als expert opstelt en de cliënt vertelt wat te doen, loopt de therapeut onbedoeld de kans de cliënt te vernederen, wat de therapeutische relatie kan verslechteren en psychotische klachten kan versterken.

Karterud (2015) stelt dat MBT voor persoonlijkheidsstoornissen bij voorkeur met zo min mogelijk psychofarmaca geschiedt, omdat

die een (te) grote invloed heeft op de emotionele huishouding. Bij MBTp is het minder haalbaar om de therapie geheel medicatie-vrij aan te bieden. Antipsychotische medicatie is soms nodig om uitwassen van psychotische klachten te dempen. Onderzoek laat zien dat wanneer een psychose niet behandeld wordt, dit de kans vergroot op een terugkeer van een volgende psychose (Birchwood e.a., 2013), of zelfs ten goede kan komen aan het mentaliserend vermogen (Mizrahi e.a., 2007). Toch is het van belang dat behandelaren zich realiseren dat antipsychotica een dempende werking op emoties hebben. Dit kan mentaliseren sterk bemoeilijken, des te meer wanneer de dosis dermate hoog is dat de cliënt zich afgestompt en lethargisch voelt. Het is nagenoeg onmogelijk om te reflecteren op de emotionele betekenis van gebeurtenissen wanneer de bijbehorende emoties nauwelijks ervaren worden. Het is daarom belangrijk te zoeken naar een goed evenwicht tussen het vermogen te kunnen voelen en de neiging overspoeld te raken, en om medicatie in te zetten om binnen het zogenoemde *window of tolerance* te blijven. Hierdoor blijft het reflectief vermogen binnen handbereik. Het is onze ervaring dat cliënten in eerste instantie angstig zijn om te voelen, maar er gaandeweg meer behoefte ontstaat om emoties te ervaren en daartoe medicatie zo veel mogelijk af te bouwen.

Conclusie en toekomstige ontwikkelingen

Meerdere meta-analyses hebben aangetoond dat EPA-cliënten in de regel grote beperkingen vertonen op gebied van mentaliserend vermogen (zie bijv. Sprong e.a. 2007, O'Driscoll e.a. 2014, Brunelin e.a.,

2007 en Trémeau 2006). MBT is een psychodynamische groepstherapie die zich erop toelegt om het mentaliserend vermogen van deze doelgroep te verbeteren. In het geval van BPS laat onderzoek zien dat MBT het mentaliserend vermogen inderdaad versterkt, zowel onder jongeren die het risico lopen BPS te ontwikkelen (Rossouw & Fonagy, 2012) als ook onder volwassenen met BPS (de Meulemeester e.a., 2018). Bovendien toont onderzoek dat de symptomen niet alleen direct na de behandeling (Bateman & Fonagy, 1999), maar zelfs tot acht jaar na beëindiging van de behandeling duurzaam afnemen (Bateman & Fonagy, 2008). Op basis van ons eigen onderzoek concludeerden we dat MBT ook veilig ingezet kan worden bij psychosegevoelige cliënten (Weijers e.a., 2021), mits er in de aanpak rekening gehouden wordt met een aantal stoornis-specifieke aspecten. In dit artikel besteedden we aandacht aan die stoornis-specifieke aspecten, waaronder: meer aandacht voor steunende en validerende interventies en het herkennen van de specifieke stress-gerelateerde signalen van psychosegevoeligheid. Onderzoek toonde verder aan dat MBTp leidt tot verbeteringen in het mentaliserend vermogen, alsmede een vermindering van sociale stress bij deze doelgroep. De effecten van MBTp op het gebied van sociaal functioneren zijn echter bescheiden te noemen, waarbij MBTp slechts een kleine meerwaarde heeft naast de gebruikelijk FACT-behandeling. Wel vertoonde de MBTp groep een ietwat robuustere vooruitgang op het gebied van sociaal functioneren. Toekomstig onderzoek moet aantonen of deze verbeteringen, net als bij de BPS-doelgroep, blijvend zijn. Daarom onderzoeken wij momenteel of de groei in sociaal functioneren

ook vijf jaar na de beëindiging van de behandeling beklijft. Daarnaast zou onderzoek moeten uitwijzen of MBTp effectiever is met een langere duur. Op dit moment is het onze klinische impressie dat deze doelgroep inderdaad langer nodig heeft om optimaal te profiteren van de behandeling. Ten slotte suggereert ons onderzoek dat MBTp beter

werkt wanneer het vroeger in het beloop van een psychotische stoornis wordt ingezet. Op dat gebied vinden er momenteel interessante ontwikkelingen plaats in Zwitserland en Engeland, waar wordt gewerkt aan MBT-interventies die ingezet kunnen worden in de prodromale en vroege fases van psychotische stoornissen (Debbané e.a. 2022).

Jonas Weijers is GZ-psycholoog en promoveerde op het onderwerp. **Coriene ten Kate** is klinisch psycholoog/psychotherapeut en supervisor/trainer MBT. **Irma Siecker** is systeem-therapeut MBT. **Yvonne Noij** is psychotherapeut en supervisor/trainer MBT. Zij werken alle vier bij GGZ Rivierduinen.

Literatuur

Arnsten, A.F. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410.

Bartels-Velthuis, A.A., Blijd-Hoogewys, E.M. & Os, J. van (2011). Better theory-of-mind skills in children hearing voices mitigate the risk of secondary delusion formation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(3), p. 193-197.

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(10), p. 1563-1569.

Bateman A. & Fonagy P. (2006). *Mentalisation based treatment: a practical guide*. Oxford University Press.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), p. 631-638.

Berg, D.P. van der, Bont, P.A. de, Vleugel, B.M. van der, Roos, C. de, Jongh, A. de, Minnen, A. van, & Gaag, M. van der (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(3), p. 259-267.

Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., Fowler, D., Lewis, S., Jones, P., Amos, T., Everard, L. & Singh, S.P. (2013). Reducing duration of untreated psychosis: Care pathways to early intervention in psychosis services. *The British Journal of Psychiatry*, 203(1), p. 58-64.

Blom, J. & Colijn, S. (2012). Klinische variant van mentaliserenbevorderende therapie voor patiënten met cluster A-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, p. 377-382.

Brent, B.K., Holt, D.J. & Keshavan, M.S. (2014). Mentalization-based treatment for psychosis: Linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 51(1), p. 17-24.

Brunelin, J., d'Amato, T., Brun, P., Bediou, B., Kallel, L., Senn, M., Poulet, E. & Saoud, M. (2007). Impaired verbal source monitoring in schizophrenia: An intermediate trait vulnerability marker? *Schizophrenia research* 89(1), p. 287-292.

Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., Fonagy, P. & Brent, B.K. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in human neuroscience*, 10, art. 406.

Debbané, M., Salaminios, G., Weijers, J., Fonagy, P., Fonseca-Pedrero, E. & Armando, M. (2022). Clinical evaluation and intervention of emerging psychosis: A mentalization-informed perspective. In *Psychosis and Personality Disorders* (p. 125-143). Cham: Springer.

Debbané, M. (submitted). *The MBT clinical approach to psychosis*. Cambridge University Press.

Eisenstadt, P., Monteiro, V.B., Diniz, M.J. & Chaves, A.C. (2012). Experience of recovery from a first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 6(4), p. 476-480.

Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), p. 372-380.

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1), art. 11.

Frith, C.D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. London: Psychology Press.

Fuchs, T. (2015). Pathologies of intersubjectivity in autism and schizophrenia. *Journal of Consciousness Studies*, 22(1-2), p. 191-214.

Gumley, A., Taylor, H.E.F., Schwannauer, M. & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: Measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), p. 257-274.

Hendryx, M., Green, C.A. & Perrin, N.A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *Journal Behavioral Health Service Research*, 36(3), p. 320-329.

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

Kate, C. ten, Weijers, J.G., Smit, M. (2016). Mentaliseren bevorderende therapie voor non-affectieve psychotische stoornissen. *PsyXpert*, 12(1), p. 42-50.

Lana, F., Africa Cruz, M., Sola Victor, P. & Marti-Bonany, J. (2017). Social cognition-based therapies for people with schizophrenia: Focus on metacognitive and mentalization approaches. *Schizophrenia Treatment*, 50, p. 223-232.

Lehman, F., Steinwachs, D.M. & Co-Investigators of the PORT Project. (1998). Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), p. 1-10.

Leonhardt, B.L., Huling, K., Hamm, J.A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H.J. & Lysaker, P.H. (2017). Recovery and serious mental illness: A review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(11), p. 1117-1130.

McLeod, H.J., Gumley, A.I., MacBeth, A., Schwannauer, M. & Lysaker, P.H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 54(1), p. 109-115.

Meulemeester, C. De, Vansteelandt, K., Luyten, P. & Lowyck, B. (2018). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 22.

Mizrahi, R., Korostil, M., Starkstein, S., Zipursky, R.B., Kapur, S. (2007). The effect of antipsychotic treatment on theory of mind. *Psychological Medicine*, 37, 595-601.

Myin-Germeys I. & Os, J. van (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical psychology review*, 27(4), p. 409-424.

Norman, R.M., Windell, D., Lynch, J. & Manchanda, R. (2013). Correlates of subjective recovery in an early intervention program for psychoses. *Early intervention in psychiatry*, 7(3), p. 278-284.

O'Driscoll, C., Laing, J. & Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), p. 482-495.

Ridenour, J.M., Lewis, K.C., Poston, J.M. & Ciecalone, D.N. (2019). Performance-based assessment of social cognition in borderline versus psychotic psychopathology. *Rorschachiana*, 40(2), p. 95-111.

- Ridenour, J.M., Hamm, J.A., Neal, D.W. & Lysaker, P.H. (2020). From fragmentation to coherence: Psychodynamic psychotherapy for psychosis through the lens of metacognition. *Psychodynamic Psychiatry*, 48(4), p. 455-476.
- Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lindhardt, A., Lajer, M., Valbak, K. & Winther, G. (2012). Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: two-year outcome. *Psychiatry*, 75(4), p. 331-41.
- Salaminius, G., Morosan, L., Toffel, E., Tanzer, M., Eliez, S., Badoud, D., Armando, M. & Debbané, M. (2021). Associations between schizotypal personality features, mentalizing difficulties and thought problems in a sample of community adolescents. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(3), p. 705-715.
- Selten, J.P. & Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for schizophrenia? *The British Journal of Psychiatry*, 187(2), p. 101-102.
- Selten, J.P., Ven, E. van der, Rutten, B.P. & Cantor-Graae, E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update. *Schizophrenia bulletin*, 39(6), p. 1180-1186.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. & Engeland, H. van (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), p. 5-13.
- Steenkamp, L., Weijers, J., Gerrmann, J., Eurelings-Bontekoe, E. & Selten, J.P. (2019). The relationship between childhood abuse and severity of psychosis is mediated by loneliness: An experience sampling study. *Schizophrenia research*, 241, p. 306-311.
- Thomas, E.C., Muralidharan, A., Medoff, D. & Drapalski, A.L. (2016). Self-efficacy as a mediator of the relationship between social support and recovery in serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(4), 352.
- Trémeau, F. (2006). A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(1), p. 59-70.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Os, J. van & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), p. 661-671.
- Voestermans, D., Eikelenboom, M., Rullmann, J., Wolters-Geerdink, M., Draijer, N., Smit, J.H., Thomaes, K. & Marle, H.J. van (2020). The association between childhood trauma and attachment functioning in patients with personality disorders. *Journal of personality disorders*, 35, p. 554-572.

Weijers, J., Kate, C. ten, Eurelings-Bontekoe, E., Viechtbauer, W., Rampaart, R., Bateman, A. & Selten, J.P. (2016). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 191.

Weijers, J., Fonagy, P., Eurelings-Bontekoe, E., Termorshuizen, F., Viechtbauer, W. & Selten, J.P. (2018). Mentalizing impairment as a mediator between reported childhood abuse and outcome in nonaffective psychotic disorder. *Psychiatry research*, 259, p. 463-469.

Weijers, J.G., Kate, C. ten, Debbané, M., Bateman, A.W., Jong, S. de, Selten, J.P. & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (2020). Mentalization and psychosis: A rationale for the use of mentalization theory to understand and treat non-affective psychotic disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(3), p. 223-232.

Weijers, J., Kate, C. ten, Viechtbauer, W., Rampaart, L., Eurelings, E. & Selten, J. (2021). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: A rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 51(16), p. 2846-2855. doi:10.1017/S0033291720001506

.....