

Mentalization-based treatment voor adolescenten

Dineke Feenstra & Dawn Bales

Inleiding

Wat is mentaliseren?

We hebben allemaal wel eens van die momenten... Herken je bijvoorbeeld dat je je teveel laat meeslepen door je gevoel als je ruzie hebt met je partner? Dat je zeker weet dat je partner het bij het verkeerde eind heeft? Dat je ervan overtuigd bent dat jouw werkelijkheid dé werkelijkheid is? In het heetst van de strijd roep je dingen waar je achteraf misschien wel spijt van krijgt. Of een ander voorbeeld: we maken allemaal wel eens dingen mee die ingrijpend zijn. Soms kun je erover vertellen alsof het over iemand anders gaat. Je voelt er niets bij als je erover vertelt. Degene die naar je luistert heeft dan ook echt niet door hoe ingrijpend of heftig het moet zijn geweest.

Ons gedrag, hoe wij reageren en handelen, is niet betekenisloos maar wordt gedreven door gedachten, gevoelens en verlangens. Mentaliseren betekent dat je verder kunt kijken dan het zichtbare gedrag, en dat je in staat bent het gedrag te begrijpen vanuit achterliggende gedachten, gevoelens, intenties en betekenissen. Kenmerkend voor mentale toestanden is dat ze intern, nauwelijks zichtbaar zijn. Kenmerkend voor mentaliseren, gezien de onzichtbaarheid van mentale toestanden, is een niet-wetende houding. Een mentaliserende houding is een onderzoekende, betrokken, nieuwsgierige, open en speelse belangstelling hebben voor mentale toestanden bij jezelf en bij anderen. Het vermogen tot mentaliseren verliezen is merkbaar door een 'wetende' houding waarin je foutieve aannames doet over jezelf of de ander, zoals in een ruzie met je partner. Of juist wanneer gevoel compleet losgekoppeld is van het verhaal dat verteld wordt.

Mentaliseren en de borderline persoonlijkheidsstoornis

De borderline persoonlijkheidsstoornis is een van de meest voorkomende stoornissen in de klinische praktijk (Leichsenring, Leibing, Kruse e.a., 2011; Soeteman, Verheul & Busschbach, 2008). Prevalentiecijfers lopen uiteen van ongeveer 3% in de algemene populatie tot 9-10% in een ambulante setting (Trull, Jahng, Tomko e.a., 2010; Zimmerman, Chelminsky & Young, 2008). Personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis rapporteren een lage

kwaliteit van leven (Soeteman e.a., 2008), laten ernstige beperkingen zien in hun functioneren (Bateman & Fonagy, 2004), maken veelvuldig gebruik van de hulpverlening (Bateman & Fonagy, 2004) en maken derhalve hoge kosten (Soeteman, Hakaart van Roijen, Verheul e.a., 2008). Borderline persoonlijkheidsproblematiek gaat vaak gepaard met een breed scala aan comorbide stoornissen (Laurenssen, Smits, Bales e.a., 2014), zelfbeschadigend gedrag en een groot suïcidisico (Paris, 2000). De borderline persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door affectieve disregulatie, impulsiviteit, instabiele relaties en identiteitsproblemen. Bateman en Fonagy (2004) linken deze problemen aan een verminderd vermogen tot mentaliseren. Ze definiëren mentaliseren als 'het mentale proces waardoor een individu impliciet en expliciet acties van zichzelf en anderen interpreteert als betekenisvol aan de hand van intentionele mentale toestanden zoals persoonlijke verlangens, behoeftes, gevoelens, opvattingen, en redenen' (p. xxi). Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis verliezen, sneller dan anderen, het vermogen tot mentaliseren en, bij verlies van vermogen is het herstel ook langzamer.

Borderline persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten

Lange tijd werd de borderline persoonlijkheidsstoornis bij jongeren niet vastgesteld, uit angst voor stigmatisatie of de assumptie dat persoonlijkheid nog erg veranderlijk is gedurende de adolescentie (Allertz & van Voorst, 2007; Chanan & McCutcheon, 2008). De DSM (DSM-IV-TR, APA, 2000, p. 687; DSM-5, APA, 2014, p. 850) stelt echter dat persoonlijkheidsstoornissen ook bij kinderen en adolescenten kunnen worden vastgesteld. Onderzoek toont aan dat persoonlijkheidsstoornissen ook bij jongeren op een valide en betrouwbare manier kunnen worden vastgesteld (Chanan & Thompson, 2014; Hutebaut, Feenstra & Luyten, 2013), de diagnose is redelijk stabiel (Courtney-Seidler, Klein & Miller, 2013; Shiner & Allen, 2013) en vergelijkbaar met de stabiliteit van de stoornis in de volwassenheid (Chanan, Jackson, McGorry e.a., 2004).

Persoonlijkheidsstoornissen komen ook bij jongeren veel voor (Feenstra, Busschbach, Verheul e.a., 2011; Grilo, McGlashan, Quinlan e.a., 1998; Westen, Shedler, Durett e.a., 2003). Persoonlijkheidsstoornissen lijken in de adolescentie zelfs samen te hangen met een grotere ziektelast dan in welke andere levensfase dan ook. Ze gaan gepaard met meer pijnlijke affecten (Bradley, Zittel, Conklin e.a., 2005), meer zelfdestructief en suïcidaal gedrag (Claes & Vandereycken, 2007; Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1996), en hogere medische/maatschappelijke kosten (Cailhol, Jeannot, Rodgers e.a., 2012; Feenstra, Hutebaut, Laurenssen e.a., 2012). Kortom, wetenschappelijk onderzoek toont aan dat persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de

borderline persoonlijkheidsstoornis, ook in de adolescentie een belangrijke vorm van psychopathologie beschrijven (Newton-Howes, Clark, & Chanan, 2015). Sterker nog, richtlijnen onderschrijven deze wetenschappelijke bevindingen door het diagnosticeren van de borderline persoonlijkheidsstoornis bij jongeren aan te bevelen (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

Toch vinden deze bevindingen hun weg nog niet in de klinische praktijk, waar klinici terughoudend blijven in het stellen van deze diagnose (Laurenssen, Hutebaut, Feenstra e.a., 2013). Verschillende collega's (Chanan & Thompson, 2014; Courtney-Seidler, Klein & Miller, 2013) zijn hier echter kritisch over en waarschuwen voor onderdiagnosticeren van de stoornis. Chanan en Thompson (2014) stellen zelfs dat het onderdiagnosticeren van deze diagnose, vaak vanuit de angst voor stigmatisatie, het aanbieden van geschikte interventies zal beperken en zelfs kan leiden tot ongeschikte of zelfs schadelijke interventies.

Mentaliseren in de adolescentie

Het vermogen tot mentaliseren is een resultaat van genetische en omgevingsfactoren. Gehechtheidrelaties spelen een belangrijke rol in het aanleren van sociaal-cognitieve vaardigheden. Verstoringen in vroege hechtingservaringen kunnen deze ontwikkeling doen ontsporen, en leiden tot persoonlijkheidspathologie (Sharp & Kim, 2015). En dan moet de adolescentie nog komen. De adolescentie is een fase vol veranderingen, zowel op biologisch, cognitief, sociaal als emotioneel gebied. Deze veranderingen vragen ook om aanpassingen, ofwel ontwikkelingsstaken, zoals vriendschappen onderhouden en vorm geven aan veranderende relaties binnen een gezin (Slot, 1994).

De meeste adolescenten komen deze periode vol veranderingen en uitdagingen ongeschonden door. Wanneer gaat het dan mis? Hutebaut (2009) somt enkele aanknopingspunten op, bijvoorbeeld als de adolescentie te vroeg begint, als er zich een opeenstapeling van ontwikkelingsstaken voordoet, als er geen veilige haven is, als ontwikkelingsstaken in negatieve zin interfereren met kwetsbare persoonlijkheidskenmerken, of als er rigide interactiepatronen ontstaan tussen de jongere en hun ouders.

Mentalization-based treatment

Psychotherapie is de eerste keuze bij de behandeling van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Leichsenring e.a., 2011; Soeteman e.a., 2008). Richtlijnen (APA, 2001; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008; National Institute for Health and

Clinical Excellence, 2009) bevelen verschillende behandelmodellen aan, zoals Dialectische Gedragstherapie (DGT; Linehan, 1993), Schemagerichte Therapie (SFT; Young, Klosko & Weishaar, 2003) en Mentalization-based Treatment (MBT; Bateman & Fonagy, 2004; 2006; 2012). Al deze modellen gaan uit van een vroeg ontstaan van de problematiek, waarbij DGT de nadruk legt op temperament versus een invaliderende omgeving, SFT uitgaat van onvervulde basisbehoeftes resulterend in maladaptieve schema's en MBT uitgaat van een constitutionele kwetsbaarheid gecombineerd met problemen in (vroeg) gehechtheidrelaties welke kunnen leiden tot een beperkt vermogen tot mentaliseren.

Het uitgangspunt binnen MBT is dat bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis het vermogen tot mentaliseren bij oplopende spanning, vooral in de context van gehechtheidrelaties, snel verloren gaat en zich ook moeilijk weer herstelt. In de praktijk uit zich dat bijvoorbeeld in zich snel bekriftiseerd, afgewezen of verlaten voelen en ervan overtuigd te zijn de (negatieve) gedachten van anderen te 'weten'. Deze invullingen kunnen leiden tot zich volledig overspoeld kunnen voelen door emoties en niet meer in staat zijn om helder na te denken. Of, emoties lijken volledig afgesplitst te worden (wat zij uiten als 'leegte, niks voelen'). Vaak is sprake van een wisselend, weinig stabiel gevoel over het zelf en de eigen identiteit; patiënten hebben regelmatig geen idee wie ze zijn. De overspoeling, maar ook de leegte is moeilijk te verdragen en de enige manier om zichzelf te stabiliseren kan dan liggen in destructief gedrag (bijvoorbeeld snijden vanuit overspoeling; fysieke pijn leidt af van psychische pijn, of snijden vanuit leegte; iets voelen is beter dan niets voelen) of externalisatie in contact met anderen (ageren, agressie; zie de theorie omtrent *alien self*, Bateman & Fonagy, 2004). De moeite om te blijven mentaliseren zorgt dan ook voor grote misverstanden en problemen in relaties en in het sociaal-maatschappelijk functioneren.

Vanuit het MBT-perspectief worden deze problemen in de emotieregulatie, relaties, de identiteit en op het vlak van impulsief en destructief gedrag gezien als de gevolgen van een tijdelijk tekortschietend mentaliserend vermogen. MBT heeft dan ook als focus het vermogen om te mentaliseren over zelf, ander en relaties te versterken. Bateman en Fonagy ontwikkelden twee varianten van MBT voor volwassenen met een borderline persoonlijkheidsstoornis; een dagbehandeling en een intensieve ambulante variant. Beide varianten werden onderzocht en lieten goede resultaten zien ten opzichte van respectievelijk *treatment as usual* (Bateman & Fonagy, 1999; 2001; 2008) en een gestructureerde controleconditie lijkend op probleemoplossende therapie (Bateman & Fonagy, 2009).

Mentalization-based Treatment voor Adolescenten (MBT-A)

Verscheidende varianten van MBT-programma's voor adolescenten kunnen in de literatuur worden teruggevonden. Bleiberg (2001) beschreef een adaptatie van MBT gebaseerd op de ontwikkelings- en gehechtheidstheorie. Asen en Bevington (2007) ontwikkelden een programma voor de *hard to reach* jongeren, genaamd AMBIT (Adolescent Mentalization Based Integrative Therapy). In Nederland werden verschillende klinische varianten van MBT-A geïmplementeerd; één daarvan werd onderzocht. Resultaten van de behandeling waren beloftevol (Laurensen, Hutsebaut, Feenstra e.a., 2014), de implementatie ging echter gepaard met veel problemen, zoals een toename van acting-out en grensoverschrijdend gedrag bij de jongeren en een hoog ziekteverzuim onder het personeel (Hutsebaut, 2009; Hutsebaut, Bales, Busschbach e.a., 2012; Hutsebaut e.a., 2011). De Viersprong besloot een adaptatie van het evidence-based intensief ambulante programma te maken voor adolescenten. Dit model zullen we in dit artikel verder beschrijven.

Behandelprincipes van het MBT-A-programma

Bateman en Fonagy (2004) beschreven eerder al enkele gezamenlijke elementen van behandelingen die effectief blijken voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Hier zullen we de principes beschrijven zoals ze worden toegepast binnen MBT-A.

Door een duidelijke structuur (in bv. tijd, inhoud van programma en programmaonderdelen, methode, regels en afspraken en therapeuten) biedt het MBT-A programma een betrouwbare en voorspelbare omgeving aan waarbinnen het mentaliseren bevorderd kan worden. De drie C's (consistentie, continuïteit en coherentie) zijn essentieel in een effectieve behandeling (Bales, 2012). Coherentie wil zeggen dat er een duidelijk theoretisch kader is dat begrepen en onderschreven wordt door alle therapeuten, de jongere en het gezin: een taal die iedereen begrijpt. Consistentie betekent dat alle therapeuten (vanuit hun coherente visie) op een consistente, eenduidige manier handelen. 'Afspraak is afspraak' is hierin een belangrijke factor. Dit vergroot de betrouwbaarheid en voorspelbaarheid (en uiteindelijk veiligheid).

De continuïteit wordt o.a. gewaarborgd doordat de therapeuten de lijn van het therapieproces vasthouden. Ze zorgen voor continuïteit tussen verschillende programmaonderdelen en de verschillende behandeldagen, ze helpen patiënten om gebrek aan continuïteit te herkennen en om hierover te kunnen mentaliseren. Deze integratie is essentieel bij het helpen vormen van een coherent zelfgevoel bij de jongeren. Om de drie C's te waarborgen is een open, betrokken, mentaliserende omgeving in een geïntegreerd team ('one team

model'), van essentieel belang; voor zowel patiënten als staf. De drie C's zijn belangrijk, omdat mensen met persoonlijkheidsstoornissen uitermate goed in staat zijn om inconsistenties te signaleren en hierop in te spelen. Onduidelijkheid en verwarring kunnen leiden tot onveiligheid, waardoor het mentaliserend vermogen van jongeren onder druk zal komen te staan met destabilisatie en mogelijk crisis tot gevolg.

De behandeling dient tevens relatiegericht te zijn. Een primaire focus moet liggen op het willen begrijpen van relaties. Bij adolescenten speelt dit vanzelfsprekend een grote rol, doordat zij nog veel meer dan volwassenen afhankelijk van en ingebed zijn in een systeem, dat een belangrijke rol in de behandeling zal moeten krijgen. Het onderliggende principe is dat gedragsmoeilijkheden of gezinconflicten voortkomen uit het falen van het mentaliseren. Binnen de gezinssprekken zal steeds gewerkt worden aan het verbeteren van het mentaliserend vermogen van alle gezinsleden. Niet alleen het gezin, maar ook andere systemen rondom de jongere kunnen betrokken worden in de behandeling. Een schoolbezoek bijvoorbeeld, waarin concrete afspraken met school gemaakt kunnen worden rondom het therapieprogramma en het schoolrooster, behoort tot de vaste onderdelen van het programma. Ook een huisbezoek behoort tot de vaste programmaonderdelen, niet alleen als de jongere nog thuis woont, maar zeker ook als de jongere verblijft binnen een andere instelling.

Kortom, de behandelprincipes van het MBT-A programma bestaan uit mentaliseren bevorderende interventies, afgestemd op jongeren, waarbij consistentie, coherentie en continuïteit gewaarborgd dienen te worden.

Structuur van het MBT-A-programma

Het hoofddoel van het MBT-A programma is de jongeren te helpen bij het ontwikkelen van een stabiel zelfbeeld en zelfgevoel. Zo zijn zij beter in staat om veilige relaties aan te gaan en te onderhouden. Om dit te realiseren is een verbeterd mentaliserend vermogen belangrijk. Op deze manier ontstaat er een buffer tussen gevoel en actie, kan impulsief gedrag ondervangen worden voordat het te overweldigend is en zullen motieven en intenties van het zelf en van anderen gezien en begrepen worden (Bales, 2012).

MBT-A maakt gebruik van deze vijf algemene doelen (afgeleid uit doelen beschreven in Quality manual MBT; Bateman, Bales, & Hutschaut, 2013):

- 1) commitment aan de behandeling,
- 2) verminderen van psychische klachten,
- 3) verbeteren van persoonlijke relaties (met leeftijdsgenoten en volwassenen),
- 4) verminderen van (zelf)destructief gedrag, en
- 5) verbeteren van sociaal-

maatschappelijk functioneren gericht op de belangrijke bij deze leeftijd horende ontwikkeltaken (weer naar school gaan, hobby's oppakken, etc.). Het zorgtraject MBT-A is verdeeld in drie fasen: het voortraject, het hoofdtraject en het natraject (Bateman & Fonagy, 2004; 2006; 2012).

Het behandelteam bestaat uit twee hoofdbehandelaren (die ook individueel psychotherapeut zijn), een sociotherapeut, een systeemtherapeut, een psychiater en een programmasupervisor. De programmasupervisor is betrokken bij alle onderdelen waarin het team elkaar treft, zoals de behandelplanbespreking en de patiënevaluaties, maar ook de teamsupervisie en interventie. De programmasupervisor heeft als taak het team te helpen zich aan het model te houden (*adherence*), de drie C's mee te borgen en om het mentaliseren over de patiënten en elkaar te blijven stimuleren. Op deze manier worden de behandelprincipes bewaakt en wordt de kwaliteit gewaarborgd. De programmasupervisor heeft inhoudelijke consultaties met een van de aan MBT Nederland verbonden MBT-consultants.

Aanmeldfase en voortraject

Na de intake wordt de jongere met zijn of haar ouders gezien voor een eerste oriënterend gesprek. In dit gesprek wordt uitleg gegeven over de gestelde diagnoses, de link tussen diagnoses en klachten en problemen, en over het behandelprogramma. Als behandelteam, jongere en ouders zich kunnen vinden in de indicatie voor MBT-A, zal een psychiatrisch onderzoek plaatsvinden, waarna de jongere en het gezin gaan starten in het voortraject. Het voortraject duurt ongeveer drie maanden. De belangrijkste focus van het voortraject is het bevorderen van commitment aan de therapie en het managen van crises. Het voortraject bestaat uit verschillende onderdelen waarin deze behandeldoelen steeds terugkomen.

Patiënten en hun ouders, broers, zussen en de mensen die door de patiënt geformuleerd zijn als steunfiguren, doen mee met MBT-i (de MBT introductie-cursus). Er is een MBT-i voor de jongeren zelf en een parallel lopende MBT-i voor de ouders en/of verzorgers. MBT-i is een ervaringsgerichte psycho-educatieve introductiemodule die essentieel is willen jongeren en hun systemen begrijpen wat mentaliseren is, wat dit met hun problemen te maken heeft en hoe hier binnen het programma aan gewerkt gaat worden. Doordat zij beter begrijpen waar aan gewerkt wordt en hoe dit gedaan wordt, worden de verschillende behandelonderdelen als meer betekenisvol/zinvol ervaren. Dit versterkt hun commitment en verkleint de kans op drop-out.

In de individuele psychotherapiegesprekken, waarvan er slechts enkele zullen plaatsvinden in deze fase van de behandeling, wordt gewerkt aan het

individualiseren van doel 1 (committeren aan de behandeling) en doel 4 (vermindern van zelfdestructief gedrag) van het behandelplan. Zo wordt bij doel 4 samen gezocht naar situaties en mentale toestanden (gevoelens, gedachten, behoeften, wensen e.d.) die aan zelfdestructief gedrag zoals snijden vooraf kunnen gaan. De doelen (bv. verminderen van snijden) worden in het behandelplan verwerkt en verdiept met een dynamische formuleringen waarin mentale toestanden gelinkt worden aan het gedrag. Een voorbeeld van een eerste opzet dynamische formulering zou kunnen zijn: 'Er zijn momenten dat ik mij extreem rot over mezelf kan gaan voelen. Bijvoorbeeld na een ruzie met mijn ouders of vrienden of momenten dat ik zelf vind dat ik iets echt niet goed heb gedaan. Dan voel ik me niet alleen rot, maar ga me ook slecht kind, een rotkind voelen. Als ik dan alleen op mijn kamer ben 's avonds, wordt dat gevoel steeds groter en groter, tot het moment dat ik het gevoel heb dat ik er beter niet zou kunnen zijn. Het lukt me op geen enkele manier om dat gevoel weer kleiner te maken. Op die momenten voelt het alsof snijden de enige oplossing is om dit gevoel te stoppen, om mijn pijn te verminderen.'

In individuele sociotherapiegesprekken (tweewekelijks) wordt aan dezelfde doelen gewerkt. Door samen te reflecteren op crisissituaties worden mentale toestanden die hieraan vooraf gaan steeds duidelijker en kunnen ze worden uitgewerkt in een individueel signaleringsplan (Bales & Bateman, 2012). Hierin worden de verschillende fases van oplopende spanning richting zelfdestructief gedrag beschreven, aangevuld met acties van zichzelf en anderen die helpend kunnen zijn om te stabiliseren. In de systeemgesprekken (eens per vier weken) wordt eveneens gewerkt aan het in kaart brengen van commitmentproblemen en voorlopers van (zelf)destructief gedrag, maar nu in de context van het gezin. In systeemgesprekken wordt samen gereflecteerd over incidenten in het gezin. Hierdoor worden de (destructieve) gezinsinteractiepatronen helder, en kunnen ze worden uitgewerkt in een behandelplan van het systeembehandelplan. Dit doel vormt de basis van het systeemsignaleringsplan waarin de aanleidingen voor een gezinscrisis, de uitkomsten ervan, de mentale toestanden bij elk gezinslid en de acties die in elke fase van opbouw van crisis kan helpen om de escalatie te stoppen, beschreven staan.

Hoofdttraject

De intensieve fase duurt twaalf maanden en kan tweemaal verlengd worden met maximaal drie maanden. Deze fase bestaat uit groepstherapie (eens per week), individuele psychotherapie (eens per week), MBT-F (systeemgesprekken eens per twee weken), individuele sociotherapie (op indicatie) en

medicatieprekeuur (zo nodig). In het hoofdtraject komt de focus meer te liggen op het verbeteren van interpersoonlijke relaties (vriendschappen, relaties met volwassenen, etc.) en op het verder opnemen van ontwikkelingsstaken. De primaire taak van het team in deze fase is om breuken in de therapeutische relatie te herstellen, om de motivatie van de patiënt en van zichzelf te behouden, door steeds gericht te zijn op het bevorderen en herstellen van het mentaliseren bij de patiënt (en zichzelf) over zichzelf, de ander en relaties.

De individuele psychotherapie neemt een belangrijker plek in in het hoofdtraject. Binnen de individuele therapie kan de patiënt een meer intieme (gehechtheids)relatie ontwikkelen en meer persoonlijke thema's gaan exploreren (bijvoorbeeld rondom zelfbeeld, identiteit, seksualiteit, trauma's). De focus binnen de individuele therapiegesprekken ligt op het stimuleren van het mentaliseren van de jongere over voor hem/haar belangrijke thema's, maar ook op de wijze waarop deze thema's zich voordoen binnen de therapeutische relatie. Er wordt veel in het hier en nu gewerkt.

Als een patiënte het bijvoorbeeld moeilijk vindt om zich kwetsbaar op te stellen omdat zij bang is dat ze 'gepakt' gaat worden, gaat dit thema hoogstwaarschijnlijk ook een rol spelen in de therapeutische relatie. Wanneer dit gebeurt, zijn dit prachtige momenten om samen te mentaliseren, in het hier en nu, binnen de relatie. Zo kan de patiënt geholpen worden te mentaliseren over zichzelf (waar is zij zo bang voor, wat zijn de dingen die de ander doet die haar zo bang maken, wat betekent dit voor haar?), over de ander (hoeervaart de ander haar op moment dat zij zich ineens 'verhardt', hoe kijkt een ander naar haar, wat was de ander zijn bedoeling?) en over de relatie (hoe hebben zij nu invloed op elkaar?). Door dit herhaaldelijk te doen, versterkt de therapeut het mentaliserend vermogen van de patiënt binnen de context van een relatie. Ook helpt de therapeut patiënt vaststaande, rigide representaties die patiënt heeft over zichzelf (bijvoorbeeld als angstige sukkel), anderen (bijvoorbeeld als niet te vertrouwen, agressief) en relaties (bijvoorbeeld als onveilige plekken waar je gepakt wordt als je iets van jezelf laat zien) te veranderen in meer gezonde, kloppende representaties.

De individuele sociotherapiegesprekken zijn op indicatie en zullen over het algemeen in de eerste drie maanden van het hoofdtraject wekelijks plaatsvinden en vaak daarna nog tweewekelijks voor een bepaalde periode. Sociotherapiegesprekken kunnen gericht zijn op het vergroten van commitment, het verminderen van zelfdestructief gedrag en het opnemen van ontwikkelingsstaken, zoals school en het onderhouden van vriendschappen. In alle gevallen hebben de gesprekken een duidelijke focus en wordt er gewerkt via het stimuleren van het mentaliseren rondom de afgesproken doelen en

thema's. In een psychotherapiegesprek kan het bijvoorbeeld gaan over een crisis (bijvoorbeeld een suïcidepoging), die net heeft plaatsgevonden. De psychotherapeut zal samen met de jongere terugblikken op de situatie. (Wanneer ging de jongere zich meer gespannen voelen? Welk gevoel gaf aanleiding tot de suïcidepoging? Wat ging daaraan vooraf? Wat maakt dat de jongere een poging heeft gedaan? Wat zijn mogelijkheden om dit in de toekomst te voorkomen als patiënt zich weer zo gaat voelen?) Aan de hand van een dergelijk gesprek wordt het signaleringsplan aangepast en steeds verder verfijnd.

Systeemgesprekken vinden in deze fase van de behandeling tweewekelijks plaats. De interventies van de systeemtherapeut hebben als doel om de nieuwsgierigheid naar gedachten en gevoelens van zichzelf en van gezinsleden te bevorderen. De systeemtherapeut zal een actieve rol aannemen om problemen bespreekbaar te maken en om een ieder uit te nodigen om gevoelens en gedachten te verwoorden. Zo worden interacties tussen gezinsleden op gang gebracht, die als voorbeeld kunnen dienen voor situaties in de thuissituatie die mogelijk een bijdrage leveren aan de problematiek van de aangemelde jongere. De systeemtherapeut zal in dit proces steeds checken of hij of zij een ieder goed begrepen heeft (Elfring, Hutsebaut & Bales, 2013). Alle interventies hebben net als in de andere programmaonderdelen het doel om het mentaliserend vermogen van een ieder te bevorderen.

Een belangrijk onderdeel van de behandeling dat in deze fase wordt toegevoegd is de groepspsychotherapie. Deze vindt wekelijks plaats en wordt geleid door twee van de drie behandelaren (twee hoofdbehandelaren en psychotherapeut). De groepspsychotherapie biedt een uitgelezen kans om te oefenen met mentaliseren over zichzelf en over de ander. En nog mooier: te oefenen met (blijven) mentaliseren binnen de context van een gehechtheidsrelatie (bijvoorbeeld die tussen groepsgeenoten). De groepsgeenoten kunnen elkaar helpen door alternatieve visies aan te dragen. Maar ook herkenning en steun van leeftijdsgenoten kan een belangrijke bijdrage leveren. Jongeren kunnen soms eerder de confrontatie of juist de steun van leeftijdsgenoten verdragen, dan van volwassen therapeuten.

De groepspsychotherapie is vaak een spannend onderdeel voor alle jongeren. Jongeren zijn meer nog dan volwassenen bezig met erbij willen horen. Dit brengt spanning met zich mee, die het mentaliserend vermogen niet altijd bevordert. De uitdaging voor de therapeuten ligt dan ook steeds in het zoeken naar een optimaal spanningsniveau, om het mentaliseren van een ieder zoveel mogelijk te bevorderen. Niet te hoog (want dan verliezen zij hun mentaliserend vermogen), maar ook zeker niet te laag (want dan blijft het betekenisloos). In de groepspsychotherapie komen uiteraard thema's uit hun

individuele behandelplan aan bod. Expliciet, door bijvoorbeeld te mentaliseren over hun problemen op school. Maar ook impliciet doordat een problematisch interactiepatroon zich in de groep herhaalt (bijvoorbeeld snel afgewezen voelen en dan boos worden, of snel angstig worden dat anderen hun niet aardig vinden en van hieruit terugtrekken) die dan opgepakt wordt om over te mentaliseren. Er wordt zoveel mogelijk gewerkt in het hier en nu, er wordt dan ook veelvuldig gebruik gemaakt van de interacties die tussen de groepsgeenoten plaatsvinden. Naast deze onderdelen kunnen de jongeren zich ook inschrijven voor een medicatieprekeuur waar zij in gesprek kunnen gaan met de psychiater over medicatie indien nodig.

Nattraject

In het nattraject wordt gekeken wat een jongere en zijn of haar gezin nog nodig hebben om de behandeldoelen verder te behalen. In de nabehandeling ligt de focus op reintegratie, waar al een start mee is gemaakt in het hoofdtraject. Het accent komt steeds meer te liggen op contacten buiten de behandeling en een opmaak voor de toekomst. Het einde van de behandeling wordt op tijd besproken en zal als onderwerp steeds betrokken worden in alle therapieonderdelen. Voor de meeste jongeren geldt dat zij individuele psychotherapiegesprekken blijven volgen, meestal in een lagere frequentie dan in het hoofdtraject. Op indicatie worden individuele psychotherapiegesprekken of systeemgesprekken toegevoegd.

Resultaten van MBT-A

Zoals eerder beschreven werden in Nederland de resultaten van een klinische MBT-A onderzoek (Laurensen, Hutsebaut, Feenstra e.a., 2014), waarbij resultaten beloftevol bleken. In het Verenigd Koninkrijk werden de resultaten van een ambulante MBT voor adolescenten onderzocht door Rossouw en Fonagy (2012). Zij vonden dat MBT effectiever was in het reduceren van zelfbeschadigend gedrag en depressieve symptomen dan *treatment as usual*. Deze ambulante MBT-A laat echter verschillen zien met de hier beschreven variant van MBT voor adolescenten, bijvoorbeeld in frequentie van gesprekken. Momenteel wordt de MBT-A zoals gegeven op de Viersprong onderzocht door onderzoekers van de onderzoekslijn MBT van de onderzoeksafdeling van de Viersprong.

Samenvatting

De borderline persoonlijkheidsstoornis is een veelvoorkomende stoornis in de klinische praktijk. Deze stoornis gaat gepaard met een hoge ziektelast en veel comorbide problemen. Clinici lijken terughoudend om deze diagnose ook bij jongeren vast te stellen, terwijl dit door richtlijnen wel gestimuleerd wordt. Onderzoek toont aan dat de diagnose op betrouwbare manier kan worden vastgesteld bij jongeren. Bateman en Fonagy linken de problemen die geassocieerd worden met een borderline persoonlijkheidsstoornis aan beperkingen in het vermogen tot mentaliseren. Zij ontwikkelden Mentalization-based Treatment (MBT). Deze behandeling heeft als uitgangspunt dat mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis het vermogen tot mentaliseren snel kunnen verliezen bij oplopende spanning, vooral ook in de context van hechte relaties. MBT heeft als doel om dit vermogen tot mentaliseren te verbeteren. Binnen de Viersprong werd een adaptatie van het intensief ambulante programma voor volwassenen geïmplementeerd voor adolescenten (MBT voor Adolescenten: MBT-A). In dit artikel worden de behandelprincipes en de fasen van deze behandeling beschreven.

Mevr. dr. D.J. Feenstra, gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, is werkzaam bij de Viersprong, specialist in persoonlijkheid, gedrag en gezin. Zij is als behandelaar verbonden aan het MBT-A programma en als Principal Investigator verbonden aan de onderzoekslijn MBT.
Email: dineke.feenstra@deviersprong.nl

Mevr. drs. D.L. Bales, Klinisch psycholoog/psychotherapeut, is werkzaam bij de Viersprong, specialist in persoonlijkheid, gedrag en gezin. Zij is directeur van MBT Nederland en als MBT expert betrokken bij de ontwikkeling van en onderzoek naar MBT.
Email: dawn.bales@mbtnederland.nl

Literatuur

Allertz, A., & van Voorst, G. (2007). Personality disorders from the perspective of child and adolescent psychiatry. In B. van Luyn, S. Akhtar, & W.J. Livesly (red.), *Severe personality disorders: everyday issues in clinical practice* (pp. 79-92). New York: Cambridge University Press.

Asen, E., & Bevington, D. (2007). Barefoot practitioners: A proposal for a manualized, home-based, adolescent crisis intervention project. In G.

- Baruch, P. Fonagy & D. Robins (red.), *Reaching the hard to reach: Evidence-based funding priorities for intervention and research* (pp. 91-107). West-Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2001). *Practice guidelines. Treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom.
- Bales, D. (2012). Mentalization-based Treatment (MBT). In T. Ingenhoven, A. van Reekum, B. van Luyn & P. Luyten (red.). *Handboek Borderline persoonlijkheidsstoornis* (pp. 111-126). Utrecht: De Tijdstroom.
- Bales, D., & Bateman, A.W. (2012). Partial Hospitalization Settings. In A.W. Bateman, P. Fonagy (Red.). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 197-226). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. Bales, D., & Hutschbaut, J. (2013). *A Quality Manual for MBT*. Afkomstig van de website van het Anna Freud Centre.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A.W., & 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, 631-638.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach*. New York: The Guilford Press.
- Bradley, R., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006-1019.
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., e.a. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 27, 252-259.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McGorry, P.D., e.a. (2004). Two year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18, 526-541.
- Chanen, A.M., & McCutcheon, L.K. (2008). Personality disorder in adolescence: the diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2, 35-41.
- Chanen, A.M., & Thompson, K. (2014). Preventive strategies for borderline personality disorder in adolescents. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1, 358-368.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Zelfverwonding. Hoe ga je er mee om?* Tielt: Lannoo.
- Courtney-Seidler, E.A., Klein, D., & Miller, A.L. (2013). Borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Science and Practice*, 20, 425-444.
- Elfving, M., Hutsebaut, J., & Bales, D. (2013). De behandeling van gezinnen met jongeren met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 40, 43-63.
- Feenstra, D.J., Busschbach, J.J.V., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2011). Prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II disorders among treatment refractory adolescents admitted for specialized psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 25, 842-850.
- Feenstra, D.J., Hutsebaut, J., Laurensen, E.M.P., e.a. (2012). The burden of disease among adolescents with personality pathology: quality of life and costs. *Journal of Personality Disorders*, 26, 593-604.
- Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Quinlan, D.M., e.a. (1998). Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 140-142.
- Hutsebaut, J. (2009). Mentaliseren in de adolescentie. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 36, 34-51.
- Hutsebaut, J., Bales, D.L., Busschbach, J.J.V., & Verheul, R. (2012). The implementation of mentalization-based treatment for adolescents: a case study from an organizational, team and therapist perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 6, 1-11.
- Hutsebaut, J., Bales, D.L., Kavelaars, M., van Gerwen, J., e.a. (2011). Implementatie van een behandelmodel voor persoonlijkheidsgestoorde adolescenten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 162-176.
- Hutsebaut, J., Feenstra, D.J., & Luyten, P. (2013). Personality disorders in adolescents: label or opportunity? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20, 445-451.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijntontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laurensen, E.M.P., Hutsebaut, J., Feenstra, D.J., Bales, D. L., Noom, M. J., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Luyten, P. (2014a). Feasibility of Mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms: a pilot study. *Psychotherapy*, 51, 159-166.
- Laurensen, E.M.P., Hutsebaut, J., Feenstra, D.J., Luyten, & Busschbach, J.J.V. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7:3.
- Laurensen, E.M.P., Smits, M.L., Bales, D.L., Feenstra, D.J., Eeren.H.V., Noom, M.J., Köster, M.A., Lucas, Z., Timman, R., Dekker, J.J.M., Luyten, P., Busschbach, J.J.V., & Verheul, R. (2014b). Day hospital Mentalization-based treatment versus intensive outpatient Mentalization-based treatment for patients with severe borderline Personality disorder: protocol of a multicentre randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 14, 301.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., e.a. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 25-46.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). Young people with borderline personality disorder. In *Borderline personality disorder, The NICE guidelines on treatment and management* (pp. 346-377). Leicester, UK: The British Psychological Society.

- Newton-Howes, G., Clark, L.A., & Chanen, A.M. (2015). Personality disorder across the life course. *Lancet*, *385*, 727-734.
- Paris, L. (2000). Introduction to the special feature on suicide and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 213-214.
- Rossouw, T.I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*, 1304-1313.
- Sharp, C., & Kim, S. (2015). Recent advances in the developmental aspects of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, *17*, 21.
- Shiner, R.L., & Allen, T.A. (2013). Assessing personality disorders in adolescents: sevensguiding principles. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*, 361-377.
- Slot, N.W. (1994). Competentie gerichte behandelingsprogramma's voor jongeren met gedragsstoornissen. *Gedragstherapie*, *27*, 233-250.
- 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*, 259-265.
- Soeteman, D.I., Verheul, R., & Busschbach, J.J.V. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, *22*, 259-268.
- Trull, T.J., Jahng, S., Tomko, R.L., e.a. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, *24*, 412-426.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., e.a. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 952-966.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*, 405-420.