



# ‘Mentaliseren *to the Max*’

## MBT voor jongeren en adolescenten

Aan de hand van casuïstiek en vignetten beschrijven twee leden van het Jongerenteam hun behandelingen op basis van MBT. Er zijn twee groepen voor 15 tot 19-jarigen en vier groepen voor 20 tot 24-jarigen. Binnenkort start een pilot voor een cursus voor ouders van cliënten.

Door Nina Kamar en Carla Zevering

Het Jongerenteam van het NPI ziet adolescenten in de range van een zich ontwikkelende persoonlijkheidsproblematiek tot wat ook wel een ‘full blown persoonlijkheidsstoornis’ wordt genoemd. De behandeling is gebaseerd op de Mentaliseren Bevorderende Therapie (MBT) volgens Bateman en Fonagy (2006), die ook effectief is gebleken in de adolescentie (Rossouw & Fonagy, 2012). Deze behandelvorm leunt op de ervaring ‘hoe eerder je ingrijpt, hoe beter de prognose’, tezamen met de allerlaatste onderbouwingen van stadiering en het belang van vroegtijdige interventie (Hutsebaut & Hessels, 2017). Het jongerenteam biedt twee versies van het MBT-programma: de MBT voor Jongeren (MBT-J) van 15-19 jaar en de MBT voor Adolescenten (MBT-A) van 20-24 jaar. Wij zullen in dit artikel nader ingaan op de doelgroep, werkwijze en programma en het team.

### **Persoonlijkheidsproblematiek in de adolescentie**

*Rachel, 17 jaar: ‘Ik wissel elke maand van kledingstijl, ik geef daar veel geld aan uit. Het zijn extreme wisselingen in stijl, van heel netjes naar heel sportief of baggy. Mijn omgeving snapt er ook niets van. Bij mij is het alles of niets, ik maak geen bewuste keuzes. Ik heb steeds heel intensieve contacten met een*

*groep, maar vind het daarna ook weer prima om deze mensen nooit meer te zien. Dat voelt dan goed, ik sluit het helemaal af, ook alle negatieve emoties.'*

*Eefje, 21 jaar: 'Ik ben heel extreem in dingen en verander snel. Ik had bijvoorbeeld vorig jaar een baan in een kroeg en ga dan helemaal mee in de dingen die die groep collega's deed. Bijvoorbeeld veel drugs gebruiken, elk weekend, soms wel drie keer per weekend. Het is alsof ik in een achtbaan zit, voortdurend. Ik doe dingen voordat ik heb nagedacht. Mijn stemming? Ik pieker vooral, uit angst dat iemand mij in de steek laat en ik doe er alles aan om hem bij me te houden. Ik denk dat ik niet goed genoeg ben, ik ben ook niets waard, mijn studie is ook al niet gelukt.'*

De adolescentie is een rumoerige tijd met veel veranderingen en heftige affecten, en het vermogen om daar soepeler mee om te gaan hangt grotendeels af van het mentaliserend vermogen. Het mentaliserend vermogen is veelal een impliciet proces en maakt het mogelijk om te reflecteren op eigen behoeften, gedachten, gevoelens en intenties en op die van de ander (Batesman & Fonagy, 2006; Deben-Mager, 2005; Verheugt-Pleiter, 2008). Via de ouder of primaire verzorger krijgt een kind zicht op zichzelf, zijn eigen *mind* en ook over die van de ander, en zo vormen gehechtheidsrelaties een cruciale rol in het aanleren van deze sociaal-cognitieve vaardigheden. Hoewel impliciet en ogenschijnlijk vanzelfsprekend, gaat het om een complex proces dat veel mensen onvoldoende goed beheersen, en dat onder stress ook snel dreigt mis te gaan. Gehechtheidsrelaties spelen op deze manier door in de relatie tot jezelf, hoe je naar

jezelf kijkt en denkt, en ook in contacten met leeftijdsgenoten en gezinsrelaties. Met de komst van de adolescentie ontstaat er naast de fysieke, cognitieve, emotionele en sociale veranderingen ook een verschuiving in ontwikkelingstaken: de blik is meer naar buiten gericht, vriendschappen en relaties behouden wordt belangrijk en er wordt een hernieuwde balans binnen de gezinsrelaties gevraagd. Het mentaliserend vermogen helpt de adolescent in dit separatie-individueelproces.

### *Hoewel persoonlijkheidsproblematiek ook bij jongeren speelt, wordt het minder snel of niet gezien*

De jongeren en adolescenten die wij zien, kampen net als volwassenen met uiteenlopende problemen met zichzelf en anderen, met gevoelens en gedrag zoals dat ook bij volwassenen wordt gezien, zoals door Chanen en Thompson (2015) is beschreven: de diagnose is vergelijkbaar in termen van fenomenologie, structuur, stabiliteit, validiteit en morbiditeit. Omdat klachten bij persoonlijkheidsproblematiek een langere duur kennen, vaak beginnend in de kindertijd, hebben veel cliënten eerder behandeling gehad. Soms heeft men op jonge leeftijd al speltherapie gehad voor gedrag- en affectregulatie, is er aandacht geweest voor het systeem, en op latere leeftijd, vanaf de puberteit, wordt vaak op basis van CGT-modules behandeld. Er wordt aan het NPI gedacht

wanneer eerdere behandeling onvoldoende effect heeft gesorteerd en er aan onderliggende persoonlijkheidsproblematiek wordt gedacht. Hoewel persoonlijkheidsproblematiek ook bij jongeren en adolescenten speelt, wordt het minder snel of niet gezien of gediagnosticeerd en dus ook niet altijd als zodanig behandeld. Soms is er sprake van terughoudendheid bij behandelaren uit angst voor stigma of demoralisatie (zie ook Chanan & McCutcheon, 2008).

In de praktijk zien wij binnen deze doelgroep een onderscheid in ernst van symptomatologie, omvang, duur en impact op het sociaal-maatschappelijk functioneren. De klinische stadiering bij borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) beschreven door Hutsebaut & Hessels (2017) laat zien hoe dit oploopt van Stadium 0 – met lichte symptomen en specifieke voorlopers – tot Stadium IV waarbij sprake is van ernstige problemen op alle gebieden, comorbiditeit met ernstige As-1 stoornissen, chronische duur en bijna geen deelname aan sociaal en beroepsmatig leven. MBT-A houdt zich bezig met problematiek in de latere stadia. Leeftijd is niet doorslaggevend in de indeling van stadia, zo kan het zijn dat een 15-jarige adolescente in Stadium II of III kan zitten. Bij (beginnende borderline) persoonlijkheidsproblematiek zoals in Stadium 0 is het therapie-aanbod van MBT-J en MBT-A te zwaar en dan wordt aan de module MBT-early gedacht.

Bij het Jongerenteam worden meer adolescenten gezien met subklinische tot ernstige symptomen waarbij er sprake is van emotie-regulatieproblemen, interpersoonlijke problemen en impulsiviteit. Zij ervaren (forse) stemmingswisselingen, kennen zelfbeschadigende symptomen, hebben een

negatief zelfbeeld en identiteitsproblematiek, gevoelens van leegte en chronische suicidaliteit. Het interpersoonlijk functioneren is vaak dermate verstoord dat de impact groot is op diverse ontwikkelgebieden, met vaak duidelijke stagnatie op minstens een of twee levensgebieden. Het maatschappelijk functioneren is vaak ernstig beperkt. Veel cliënten hebben een geschiedenis van of kampen nog met langdurige schoolproblemen, inclusief verzuim, heftige systeemproblematiek, sociaal terugtrekking of zelfs isolement. Er is naast gediagnosticeerde persoonlijkheidsproblematiek veelal ook sprake van comorbiditeit: angst-, stemming- en gedragsstoornissen, of middelenmisbruik, eetstoornissen en PTSS.

*Kathy, 18 jaar, vertelt al vanaf de basisschoolleeftijd somber te zijn en dat ze zich vaak geen raad weet met haar intense, chronisch sombere gevoelens. Ze hoort stemmen die haar sommeren zichzelf iets aan te doen, al weet ze goed dat deze niet echt zijn. Er zijn periodes geweest dat Kathy zichzelf verwondde en ook erover gedacht heeft een eind aan haar leven te maken. Nu is ze vaak angstig in sociale situaties en is ze eigenlijk altijd bang afgewezen of verlaten te worden. Zij is bekend met ADHD. In het verleden heeft automutilatie en suicidaliteit gespeeld. Hoewel ze het contact met beide ouders goed noemt, heeft ze haar vader, die in een vechtscheiding met haar moeder is verwickeld, al een jaar niet meer gezien. Kathy kan dit allemaal vrij vlot vertellen, waarbij opvalt dat haar toon erg vlak en emotioneel is, bijna alsof ze het over iemand anders heeft.*

*Lara, 20 jaar, vertelt dat ze nu twee studies voortijdig heeft afgebroken omdat ze geen concentratie kon opbrengen, eigenlijk ook niet*

*weet of ze wel wil studeren en wat ze zou willen met haar leven. Zij is vanuit het oosten van het land naar Amsterdam verhuisd voor haar studie. Haar ouders weten niet dat ze weer gestopt is. Op de middelbare school kampte zij een periode met anorexia nervosa waarvoor ze is behandeld. In die tijd had zij een vaste vriendinnengroep die zij beschrijft als turbulent: er waren vaak emotionele uitbarstingen*

## ***Specifiek voor de MTB-behandeling van jongeren is het betrekken van het systeem of belangrijke naasten bij de behandeling***

*en ruzies. Zij ziet van deze groep niemand meer. Lara heeft wel vriendjes gehad maar die 'verlaten haar toch altijd weer voor een ander'. Als reactie op het wegvallen van deze contacten heeft zij suïcidale gedachten, voelt ze zich somber, weet ze niet meer waar ze het allemaal voor doet en grijpt ze naar de alcohol. Als ze eenmaal veel gedronken heeft, voelt zij zich weer even goed. Ze beschrijft zichzelf als een feestbeest en 'iemand die jongens scoort'. Lara vertelt dit alles met zichtbaar hoogoplopende spanning, met name als zij over verlating praat, staan de tranen in haar ogen.*

### **Het behandelprogramma**

Bales en Feenstra (2015) hebben de kaders beschreven van een MBT-programma voor adolescenten, onderverdeeld in behandelprincipes en structuur van het programma.

### **Behandelprincipes**

De behandelprincipes verwijzen naar een duidelijke structuur, met als doel het bieden van een betrouwbare en voorspelbare omgeving om het mentaliseren te bevorderen. Te denken valt aan tijd, programmaonderdelen, methode en regels. Daarnaast gaat het om het bieden van de drie C's: consistentie (eenduidige visie en manier van handelen), continuïteit (het vasthouden van het therapieproces) en coherentie van de behandeling (gedeeld theoretische kader en gedeelde taal). De focus van de behandeling is relatiegericht, het willen begrijpen van relaties staat centraal. Dit geldt voor alle therapieonderdelen: individueel, groep en systemisch. Binnen de behandeling wordt gelet op de dimensies zelf versus ander; cognitief versus affectief; automatisch versus gecontroleerd; intern versus extern; en modus (*pretend*, equivalent).

### **Structuur**

De behandeling heeft vijf hoofddoelen: commitment aan de behandeling; psychische klachten verminderen; persoonlijke relaties verbeteren; (zelf)destructief gedrag verminderen en het sociaal-maatschappelijk functioneren verbeteren. De MBT programma's kennen allen een voor-, hoofd- en nafase van de behandeling. Specifiek voor de MBT-behandeling van jongeren is het betrekken van het systeem of belangrijke naasten bij de behandeling.

Het behandelteam bestaat uit twee hoofdtherapeuten die tevens individueel therapeut zijn, een sociotherapeut, systeemtherapeut en een psychiater. Alle therapeuten zijn ervaren en opgeleid om met deze leeftijdsgroep te werken. Een programmasupervisor is verbonden aan het team en helpt het team

om zich aan de behandelprincipes te houden (*model adherence* en waarborgen van de drie C's). Elke twee weken vindt een behandelplanbespreking plaats om het proces van de behandeling op de voet te volgen en regelmatig te evalueren. Zo wordt eventuele stagnatie of over- of onderbehandeling tijdig aangekaart. Tevens vindt om de week supervisie en intervisie binnen het team plaats om het mentaliseren van cliënt of van de therapeuten of het team te bevorderen. Binnen ons jongerenteam zijn er inmiddels zes MBT-groepen, te weten twee MBT-J en vier MBT-A groepen, evenredig verdeeld over twee locaties, in Amsterdam-Oost en Amsterdam-Noord.

Vanwege de wisselende mate van suïcidaliteit, de comorbiditeit (eetproblematiek, middelenmisbruik) en de beperkingen in sociaal-maatschappelijk functioneren werken wij ook nauw samen met anderen ggz-instellingen en samenwerkingspartners. Binnen het NPI zijn er ook individueel aanvullende modules zoals psychomotorische therapie en creatieve therapie inzetbaar, daar niet-verbale aspecten binnen een therapie een waardevolle aanvulling zijn op bestaande therapiemodellen (Verfaille, 2016, 2018).

### *Indicatiestelling*

Bij de indicatiestelling voor een MBT-J of MBT-A traject wordt gelet op de ernst en hardnekkigheid van de (huidige) klachten en zorgen (gelet op de stadiering zoals hierboven beschreven), en relationele interactiepatronen waaronder ervaringen met eerdere hulpverlening. Naast een klinisch diagnostisch interview vindt ook classificerend onderzoek plaats waarin symptomen van persoonlijkheidsproblematiek zorgvul-

dig worden nagelopen, onder andere met behulp van de SCID-5 screener en interview. Als er sprake blijkt te zijn van een borderline persoonlijkheidsstructuur, zich uitend in de DSM V diagnose BPS, al dan niet in combinatie met andere persoonlijkheidsstoornissen, komt een jongere in aanmerking voor een van de MBT-groepen. Bijna alle jongeren vinden het spannend dat zij aan een groepstherapie gaan deelnemen en zien hier (erg) tegenop.

Wanneer een persoonlijkheidsstoornis al gediagnosticeerd is, vindt enkel een indicatiestellingsgesprek plaats om de volgende doelstellingen te toetsen: wat vindt de jongere zelf van de diagnose en de verwijzing, en zijn er aanwijzingen dat hij in een groep kan functioneren? Ook wordt de motivatie en het commitment van de jongere ingeschat en wordt vast een begin gemaakt met het inventariseren van zijn interactiepatronen. Thuiswonende en leerplichtige jongeren van 15-19 jaar worden in de MBT-J groep geplaatst en uit huis wonende adolescenten of jong volwassenen van 20-24 jaar eerder in de MBT-A. Als de emotionele leeftijd afwijkt van de kalenderleeftijd, wordt er gematcht op emotionele leeftijd boven kalenderleeftijd. De MBT-J groep duurt tussen de negen en twaalf maanden en de MBT-A groep tussen twaalf en achttien maanden.

### **Voorfase**

In de voorfase volgt iedere jongere de MBT Introductie cursus (MBT-I). Voor een aantal cliënten is het een onwennige ervaring om in een groep te zitten. Bij tieners en adolescenten is de spanning vaak hoger dan bij volwassenen, er wordt bijvoorbeeld meer gegrinnikt, of is het juist nog stiller uit angst

of bezorgdheid om uit de groep te vallen, het gevoel anders te zijn. De introductie cursus biedt dus ook een oefenruimte om te kijken of jongeren met een groep kunnen omgaan en om patronen ook inzichtelijker te krijgen, wat dan weer meegenomen kan worden naar de hoofdfase.

*Lucas (18) die tijdens de intake aangaf goede vrienden te hebben en weinig sociale problemen te ervaren, ging tijdens de eerste twee sessies van MBT-I met zijn hoofd op tafel liggen en leek in slaap te vallen. Er was ongeloof en irritatie bij de groepsleden en ook enigszins bij de groepstherapeut. Hij leek zich echter niets aan te trekken van zijn groepsgenoten en gaf weinig ingang tot het bespreken van zijn gedrag door de groepstherapeut.*

Zodra bekend is in welke groep de cliënt kan worden geplaatst volgt de kennismaking met alle leden van het team. Met de sociotherapeut, met wie in het voortraject een start wordt gemaakt met een crisis-signaleringsplan en met wie de sociaal maatschappelijke problemen worden besproken. Met de systeemtherapeut, die met de cliënt in gesprek gaat over de belangrijke anderen van de cliënt en naastbetrokkenen samen met de cliënt uitnodigt. Met de psychiater, die de psychiatrische klachten bespreekt en, indien relevant, medicatiegebruik. In de individuele therapie wordt een dynamische formulering opgesteld waarin persoonlijke interactiepatronen beschreven staan. In onderstaand voorbeeld van Lucas blijkt hoe het gedrag in de introductiegroep begrijpelijker werd aan de hand van zijn eigen interactiepatroon.

*In de individuele psychotherapie werd op Lucas' gedrag in de introductie cursus terug-*

*gekomen. Hij vertelde dat hij bang was dat anderen hem agressief zouden vinden omdat hij zich zo anders gedroeg dan de rest. Hij zag zichzelf als mondiger en niet zo angstig als de anderen. In het gezamenlijk bespreken en formuleren van de dynamische formuleringen en met de start van de groepstherapie werd hem en de therapeut echter steeds meer duidelijk dat hij zich liever afsluit en onverschillig reageert, omdat hij eigenlijk wél angstig is om zijn gevoelige kant te laten zien.*

Systeemtherapie vormt een wezenlijk onderdeel van de behandeling in de hoofdfase. Omdat ouders vaak vragen hebben over de behandeling of hoe om te gaan met hun zoon of dochter, is binnen het jongerenteam ook een oudercursus ontwikkeld om parallel aan de introductie cursus te geven. Op deze wijze kunnen ouders vertrouwd raken met begrippen als mentaliseren, gehechtheid, en wat te doen bij een crisis. Binnenkort wordt gestart met de pilot van deze cursus.

## **Hoofdfase**

De groepstherapie vormt tijdens de hoofdfase een van de twee hoofdpijlers van de behandeling, naast individuele psychotherapie. Het idee hierachter is dat de groepstherapie de mogelijkheid biedt om te oefenen met mentaliseren over zichzelf en de ander, en ook nog eens om te (blijven) mentaliseren binnen een complexe (gehechtheids)relatie, namelijk de relatie met de groepsgenoten. De groeps sessies zijn wekelijks, en de reguliere groepsregels zijn hier ook van toepassing. Bij de MBT gaat het om een open groep, maar wel met een maximale behandelduur per deelnemer. Binnen de MBT-J duurt de behandeling maximaal een jaar,

bij de MBT-A is dit maximaal anderhalf jaar. Behandeling kan korter duren als de doelen behaald zijn, een kritische evaluatie van het proces is hierbij leidend. Er wordt elke drie maanden in het team geëvalueerd, met de cliënt en zijn systeem aan de hand van de behandelthema's. In totaal zijn er acht tot negen groepsleden per groep, geleid door twee therapeuten.

## *Adolescenten kunnen meer hebben van hun peers dan van de groepstherapeuten*

De adolescentie is een bijzondere periode waarbij behoefte aan autonomie vanuit de tweede separatie-individuatiefase parallel loopt met de angst om erbuiten te vallen en anders te zijn, het verlangen om bij de peer-groep te horen. Dit betekent in de praktijk dat zij meer kunnen hebben en horen van hun peers dan van de (volwassen) groepstherapeuten. Dit speelt vooral bij de MBT-J en in mindere mate ook bij de oudere jongeren van de MBT-A. Bij het opzetten van de MBT-J groep was dit met name zichtbaar.

*De eerste bijeenkomst is het stil in de groep. Kathy en Elise hebben hun blik op hun schoot gericht en kijken niet op of om. Lucas, die naast een van de therapeuten zit, is hoorbaar aan het zuchten. Rachel kijkt juist zenuwachtig om zich heen, maar kijkt meteen weg als een van de therapeuten haar blik treft. Ze heeft rode vlekken in haar nek. De spanning is bijna aan te raken. Pas als Rachel iets durft te vertellen over haar klachten en problemen, ebt de spanning geleidelijk weg. Lucas en*

*Kathy hebben hun blik nu meer op Rachel gericht. Elise, nog steeds met haar hoofd naar beneden, mompelt dat ze het moedig vindt dat Rachel durft te beginnen.*

De groepstherapeuten hebben hard gewerkt om een veilig klimaat te scheppen en aan groepscohesie te werken door te verbinden, waar mogelijk met gebruik van humor. Bij de MBT-J valt op dat het niet te lang te serieus moet zijn, en dat uitdagingen met een speels element goed en soms beter lijken uit te pakken. Na een aantal weken leek er meer bespreekbaar, tot na de komst van een nieuw groepslid de jongeren weer de kat uit de boom keken. Het vragen naar gevoelens kon in een dergelijk klimaat niet zomaar, want het toegeven dat de ander effect heeft op jou betekent ook dat je een kwetsbare kant hebt, en dat is juist wat zij probeerden te vermijden in deze fase.

De interactie in de groep is ook afhankelijk van het ontwikkelingsniveau van de jongeren. Jongeren onder de 19 jaar neigen naar meer met zichzelf bezig zijn, met kernthematiek rondom veiligheid en vertrouwen. Mede hierdoor zijn zij minder snel spraakzaam in de groep. Tijdens groepsessies is er ook een zichtbaar verschil met hoe de oudere jongeren zich eerder durven uit te spreken met eigen inbreng en reageren op een ander groepslid. Bij de MBT-A lijkt er meer overeenkomst met de volwassen MBT qua dynamiek.

Bij MBT lopen groeps- en individuele therapie parallel, de groepstherapeut is tevens de individuele therapeut van de helft van de groep. Enerzijds leidt deze setting tot meer integratie en minder fragmentatie, anderzijds is het interessant wat voor effect dit heeft op het groepsdynamisch proces.

Hoewel de groepsdynamiek op zich geen focus is binnen de MBT, speelt dit wel door in de beleving van de jongeren. Zo zei een jongere die als uitzondering in de groep is gestart zonder haar individuele behandel-  
laar: 'Yes, mijn behandelaar is er volgende week, eindelijk iemand die mij kent!'

*De MBT-A-groep is nu al een aantal maanden stabiel en hard met elkaar aan het werk; Lara brengt in dat ze iedere dag bij het opstaan geen zin in de dag heeft en er eigenlijk iedere dag aan denkt er maar mee te stoppen. Ze kijkt er vragend bij, zij weet niet wat het bespreken gaat brengen. Rosa reageert steunend, zegt het heel naar te vinden voor Lara, maar wel blij te zijn dat ze daar nu eindelijk iets meer over kan zeggen. Ze zegt deze stemming wel te herkennen en vraagt aan Lara om te beschrijven wat er in haar omgaat als ze wakker wordt. Lara beschrijft met een hopeloos gevoel aan de dagtaken te beginnen, waarbij ze er vooral tegenop ziet haar collega's te ontmoeten. Ze heeft het idee dat men haar stom vindt en dat ze er eigenlijk niet bij hoort, dat ze haar achter haar rug om uitlachen. Andere groepsgenoten vragen door; klopt dat idee over deze collega's? Is dit een idee wat je al langer kent? Heeft het met vroeger te maken? Lara geeft antwoord, praat, vertelt, en valt dan ineens stil. Zij beseft dat ze bij haar huidige collega's, eigenlijk bij voorbaat al, een vaste overtuiging had dat zij haar ook wel niet zullen moeten. Dit wist ze eigenlijk al zeker, omdat ze eerder is gepest en dus dacht dat ze niet leuk genoeg was om ergens bij te horen. Hierna geeft Lara aan dat er wel weer genoeg aandacht aan haar besteed is. Als de therapeut nog door wil gaan, geeft Lara duidelijk aan dat ze niet verder wil praten vandaag. De groep valt haar hierin bij.*

*Tegen het einde van de hoofdfase stuurde Lisa het volgende bericht: 'Ik stuur deze mail omdat ik even snel iets wil delen waar ik best trots op ben. Ik voelde me nogal verdrietig na vanochtend en ik weet normaal gesproken niet zo goed hoe ik daarmee om moet gaan. Ik had nu besloten om door de stad te wandelen – en dat vond ik al best een overwinning, maar het wordt nog beter: het meisje waar ik mee date vroeg hoe het met me ging en toen dacht ik, ik zeg gewoon eerlijk dat ik me niet zo goed voel. Ik durfde ook nog uit te leggen waarom, toen ze ernaar vroeg. Dat luchtte al op. Toen vroeg ze of ik anders even langs haar werk wou komen, dan zou ze een rookpauze nemen en kon ze me knuffelen. Normaal zou ik dat dus afslaan omdat ik bang ben mensen tot last te zijn, maar nu ben ik dus wel gegaan. Daarna stuurde ik een vriendin een berichtje en zij gaat nu vanavond met me naar de film. Het is dus (verrassing) erg fijn om je te laten steunen door mensen. Dit was Mentaliseren to the Max: dat is mijn inzicht van vandaag.'*

#### *Het systeem*

Binnen het MBT-programma voor jongeren wordt ook systemisch gewerkt. De eerste groep tot waar iemand toe behoort is immers zijn of haar gezin. Vaak zijn er binnen de gezinnen complexe interactiepatronen ontstaan, ingewikkeldheden in de relatievorming. De systeemgesprekken vinden om de week plaats, waarbij ruimte geboden wordt om gezinsdynamiek te bespreken en het mentaliseren tussen gezinsleden te bevorderen.

*Elise, 17 jaar, vertelt in de groep over het systeemgesprek: 'Dit is zo'n bizarre openbaring, namelijk het ligt niet aan de dingen die ik zeg of doe. Het ligt aan de triggers van mijn vader die hij zelf niet eens door heeft. Met andere*



*woorden: ik hoef deze agressieve opmerkingen (van hem) niet meer persoonlijk op te vatten, hij doet het gewoon in zijn algemeenheid. In de volgende systeemtherapie gaan wij het daar verder over hebben, met mijn zusje erbij. Maar jeetje wat een openbaring dat de spanning die ik voel als ik bij mijn ouders ben geweest, ineens een verklaring heeft. Voorheen dacht ik dat ik me aanstelde, of overgevoelig was. Omdat mijn zusje altijd deed alsof er niets aan de hand was, net als mijn moeder die ook de spanning gewoon vermijdt en de lieve vrede wil bewaren. Iedereen voelt het, maar handelt anders dan ik. Waardoor ik me nog meer vervreemd voelde: het zal wel weer aan mij liggen...'*

## **Nafase**

Na de intensieve fase volgt een nafase voor het consolideren van het geleerde en het in kaart brengen van eventuele resterende hulpvragen. Dit is een afgebakende fase in intensiteit en frequentie die maximaal achttien maanden duurt. Vaak komen de sociaal-maatschappelijke vragen meer in praktische aspecten naar voren, maar ook de eerder uitgestelde systeemvragen kunnen plotseling een wens zijn, of gerichtere behandelvragen zoals vermindering van dwangklachten. Uitgangspunt is dat de hoofdfase voldoende geboden heeft om verder te kunnen en te weten wat er nodig is om dit te consolideren en dat er zodoende wordt gezorgd voor het bevorderen en het behoud van *sense of agency* en autonomie.

## **Reflectie**

De adolescentie is een krachtige maar ook prachtige leeftijdsgroep om mee te werken.

Samen stoeien met gevoelens van jongeren die zeer heftig zijn, het bieden van erkenning aan deze gevoelens waardoor de intensiteit vaak snel afneemt, en het mentaliseren op gang proberen te brengen is mooi werk! Dit neemt niet weg dat het ook zeer ingrijpend kan zijn om met zulke heftigheid om te gaan, en het komt regelmatig voor dat wij met de handen in ons haar zitten of geïrriteerd raken uit machteloosheid. Gedachten als 'Zo, voor die ouders is het vast geen gemakkelijke klus om met deze heftigheid in gevoel en gedrag om te gaan!' of 'Ik hoop dat Kathy er niet is vandaag, want zij legt de groep altijd zo lam', kunnen gemakkelijk voorbijkomen. Het toelaten van deze gedachten, ondersteund door intervisie en supervisie, helpt bij het terugwinnen van het eigen mentaliserend vermogen, om vervolgens op authentieke wijze bij de jongeren aan te kunnen sluiten. Zij voelen namelijk heel goed aan wat wel en niet authentiek is. Over het algemeen geeft het energie om met deze groep te werken, maar dat kan ook zomaar omslaan of sterk wisselen, parallel aan de wisselingen in stemmingen of mogelijkheden om te mentaliseren bij de groepsleden. Zo kan het voorkomen dat binnen één groepssessie progressie, trots en positieve energie afgewisseld worden door futloosheid, irritatie en een energielek. Het herkennen van onze eigen valkuilen en momenten waarop het mentaliserend vermogen dreigt te verzwakken is belangrijk.

Een goede samenwerking met je co-therapeut is onmisbaar. Met dezelfde bril, taal en motivatie in de groep zitten schept verbondenheid, en geeft de kans om zicht op de groep te delen, en ook zicht op elkaar te houden. Het werken met deze groep vraagt veel van het vermogen om te containen van

de therapeuten en de samenwerking maakt het mogelijk om te kunnen blijven mentaliseren onder spanning en heftige emoties. Het MBT-aanbod van de jongerenteams is een waardevolle behandelvorm voor de doelgroep. Juist bij jongeren, specifiek de MBT-J doelgroep, vraagt het om kennis en kunde om met deze specifieke leeftijdsfase om te gaan. De groep laat telkens opnieuw zien hoe belangrijk de peergroep is en wat daardoor de meerwaarde is van een groepsaanbod in deze leeftijd. De ambulante vorm biedt

tevens voldoende tijd voor het aanhouden van school, studie of werk. De combinatie met individuele therapie en systeemtherapie zorgt ervoor dat het mentaliseren goed verankerd kan worden.

*De auteurs zijn beiden klinisch psycholoog-psychotherapeut en maken deel uit van het Jongerenteam NPI. Reacties naar [nina.kamar@npsai.nl](mailto:nina.kamar@npsai.nl) en [carla.zevering@npsai.nl](mailto:carla.zevering@npsai.nl).*

## Literatuur

---

Bales, D. & Feenstra, D. (2015). Mentalization-based treatment voor adolescenten. *Kinder & Jeugdpsychotherapie*, 42(2), 5-20.

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A Practical Guide*. Oxford: University Press.

Chanen A.M. & McCutcheon L.K. (2008). Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2(1), 35-41.

Chanen, A.M. & Thomspon, K. (2015). Borderline personality and mood disorders: risk factors, precursors, and early signs in childhood and youth. In *Borderline personality and mood disorders*. New York: Springer, 155-174.

Deben-Mager, M. (2005). Gehechtheid en mentaliseren. *Psychoanalytische Perspectieven*, 23(1), 31-48.

Hutsabaut, J. (2009). Mentaliseren in de adolescentie. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 3(3), 34-51.

Hutsebaut, J. & Hessels, C.J. (2017). Klinische stadiëring en vroege interventie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, (59)3, 116-174.

Laagland, A., Dehouck, M. & van Dijk, D.G.L. (2005). Wie is de baas? Autoriteit in adolescentengroepen. *Groepspsychotherapie*, 39(4), 32-44.

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(12), 1304-1313.

Sharp, C. & Kim, S. (2015). Recent advances in the developmental aspects of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 17(4), 1-21.

Vanderhallen, C. (2016). Dit is mijn groep: To s(t)ay or not to s(t)ay. De groep als transitionele ruimte; een adolescentengroep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 11(3), 52-60.

Verfaillie, M.E. (2016), *Mentalizing in arts therapies*. Londen: Karnac.

Verfaillie, M.E. (2018). 'Help, wat kan ik nu doen?' Hoe een beeldende therapie 'mislukt' doordat ik niet goed meer kan mentaliseren en wat ik hieruit kan leren. *Tijdschrift voor Vaktherapie* 2018-4, 14, 30-37.

Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalkink, J. & Schmeets, M.G.J. [red]. (2008). *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*. London: Karnac Books.

.....