

Inhoud

Redactioneel

Interpersoonlijke therapie bij adolescenten met een depressie. Het werkt!

Lotte Berkhout & Cecile Gunning

Diagnostiek en indicatiestelling bij adolescenten met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Janet Noorloos

De behandeling van gezinnen met jongeren met ernstige persoonlijkheidsstoornissen

Mary Elfring, Joost Hutsebaut & Dawn Bales

Het therapeutisch klimaat als sturend principe

Aly Holtland

Als de dans stolt...

Als ouder en baby in een vicieuze cirkel terechtkomen

Maike Gappa, Marina Dijkmeester, Marja Eding,

Dorine Everts & Zekiye Issever-Fakioglu

Boekbespreking

Opvoedwijzer ACTief Opvoeden (D. Matthijssen)

Merlijn Merbis

Boekbespreking

Dialectische gedragstherapie voor jongeren met een borderline stoornis en andere emotieregulatie-stoornissen

Met werkboek Surfen op emoties (R. de Bruin e.a.)

Marijn Distel

Aanbevolen

www.semmie.net

Nathalie Schlattmann

Tijdschrift van de Vereniging voor
Kinder- en Jeugdpsychotherapie

ISSN: 1384 - 1246

Druk: Ipskamp Drukkers, Enschede

KINDER & JEUGD PSYCHO THERAPIE

1

Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

40^e jaargang, nummer 1, 2013

Colofon

Tijdschrift

Kinder- en Jeugdpsychotherapie
verschijnt vier maal per jaar

Redactie

Alex Kolman (voorzitter)
Renske Leskes-Kraan
Ramón Lindauer
Francien Posthuma
Chris Roosen
Nathalie Schlattmann
Suzanne van Veen

Secretariaat

Vereniging voor
Kinder- en Jeugdpsychotherapie
Bezoek- en postadres:
Maliebaan 50b, 3581 CS Utrecht
Tel. 030-2965348
Fax. 030-2966549
e-mail: vkjp@hetnet.nl
website: www.vkjp.nl
Gironummer 3158027

Eindredactie

Regine zum Förde sive Vörding

Redactiesecretariaat

Sabine Weck
Maliebaan 50b
3581 CS Utrecht
e-mail: redactie@vkjp.nl

Losse nummers

te bestellen via www.vkjp.nl of via
het secretariaat van de VKJP (zie boven).

Kopij

dient via e-mail aangeleverd te worden
aan het redactiesecretariaat.
Zie voor suggesties de richtlijnen voor
auteurs op de laatste pagina.

- Noorloos, J.R. & Huijgen, C. (2010). *Richtlijn diagnostiek en indicatiestelling borderline persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten*. Amsterdam: De Bascule, interne publicatie.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53 (6), 738-742.
- Schuppert, H.M., Nauta, M.H., & Giesen-Bloo, J. (2007). *Borderline personality disorder severity index-IV, adolescent and parent version*. Groningen: Accare, interne publicatie.
- Schuppert, H.M. (2012). *Symptoms of borderline personality disorder in adolescents*. Proefschrift Universiteit Groningen.
- Tromp, N.B. (2010). *Adolescent Personality Pathology, a dimensional approach*. Proefschrift VU Amsterdam.
- Rothbart, M.K., Ahadi, S.A., & Evans, D.E. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (1), 122-135.
- Verheul, R., Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M.W.J., Ridder, M. A. de, Stijnen, T. & Brink, W. van den (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry* 182, 135-140.
- Weertman, A., Arntz, A. & Kerkhofs, M.L.M. (2000). *SCID II Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM IV as II Persoonlijkheidsstoornissen*, Nederlandse bewerking. *Harcourt, Amsterdam*.
- Winograd, G., Cohen, P. & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 933-941.
- Zanarini, M.C., Vujanovic, A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R. & Hennen, J. (2003 a). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17, 568- 573.
- Zanarini, M.C. (2003 b). *Update on borderline personality disorder*. Presentation at the Conference of the National Education Alliance for Borderline Personality Disorder, White Plains, New York.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, B. & Silk, K.R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.

De behandeling van gezinnen met jongeren met ernstige persoonlijkheidsstoornissen

Mary Elfring, Joost Hutsebaut & Dawn Bales

Inleiding

Mentaliseren is het proces waarbij iemand aan eigen en anderen handelingen betekenis geeft vanuit intentionele mentale toestanden, zoals gedachten, gevoelens, verwachtingen en verlangens (Bales, 2012). Beter mentaliseren laat toe om jezelf en anderen beter te begrijpen, waardoor relaties voorspelbaarder, veiliger en betrouwbaarder worden. In de persoonlijkheidsontwikkeling zijn mentaliseren en gehechtheid onlosmakelijk verbonden: een veilige gehechtheidsrelatie draagt bij aan de ontwikkeling van het mentaliseren en mentaliseren draagt bij aan de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie (Fonagy & Luyten, 2009). Tegelijk staan mentaliseren en gehechtheid ook enigszins op gespannen voet. Het gehechtheidsstelsel wordt in een intieme relatie sneller geactiveerd, zeker bij oplopende emoties, waardoor het mentaliserend vermogen juist in deze relaties op zulke momenten afneemt.

Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat het mentaliseren nergens zo onder druk staat als in de gehechtheidsrelatie tussen ouders en kinderen. In geen enkele andere relatie spelen emoties als liefde, angst, teleurstelling, verdriet en boosheid zo'n grote rol. Daardoor zijn gezinsrelaties extra kwetsbaar voor een verlies van mentaliserend vermogen. Dat geldt wellicht nog meer voor de fase van de adolescentie, waarin deze relaties ingrijpend veranderen. En het geldt in het bijzonder wanneer deze jongeren (en soms ook hun ouders) ernstige persoonlijkheidsproblemen hebben. Juist daarom is het zo belangrijk om in de behandeling van deze jongeren ook te werken met hun ouder(s).

Mentalization-Based Treatment for Families (MBTF) biedt een model om het mentaliseren in de relaties tussen gezinsleden te bevorderen. Het model werd in eerder geïntroduceerd in Nederland (Muller & ten Kate, 2008). In dit artikel breken we een lans voor het integreren van MBTF binnen een breder behandelprogramma voor deze jongeren. Dit speelt naar ons idee vooral een rol in de behandeling van jongeren met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, bij wie het erg belangrijk is om de verschillende onderdelen van de behandeling steeds actief op elkaar af te stemmen. Dit beargumenteren en illustreren vormt de kern van dit artikel.

Gezinstherapie bij jongeren met een ernstige persoonlijkheidsstoornis

Problemen met mentaliseren in gezinnen

In elk gezin vinden er interacties plaats waarin het mentaliseren tijdelijk vermindert (Asen & Fonagy, 2011; 2012). Meestal gaat het om een momentopname en gelokaliseerde 'uitglijders'. Soms kan het mentaliseren in een gezin tijdelijk wat langer onder druk staan door stress of externe omstandigheden, bijvoorbeeld bij dreigend baanverlies, ziekte of financiële problemen. Andere problematische varianten doen zich voor wanneer een ouder onvoldoende ruimte heeft om te (laten) rouwen na het verlies van de partner, en het kind niet openlijk kan of mag stilstaan bij de emoties die het verlies oproept.

In vechtsituaties kan er soms een 'misbruik van mentaliseren' optreden: een ouder vat dan wel iets van een emotie van het kind (bijvoorbeeld verdriet nadat het thuiskomt na een bezoek bij de ex-partner), maar gebruikt dat in het eigen belang, zodat er geen authentiek mentaliseren over het kind ontstaat (bijvoorbeeld door het verdriet te zien als een bewijs dat het kind het niet leuk heeft gehad). In nog andere gevallen kunnen er binnen een gezin meer structurele problemen zijn met het mentaliseren, die een langdurige invloed hebben op de onderlinge interacties. Als ouders ernstige psychische problemen hebben, kan het voorkomen dat een kind zich overmatig afstemt op de emoties en behoeften van de ouder (hypermentaliseren). Soms hebben ouders het moeilijk om te mentaliseren over de eigen behoeften en emoties van een kind en gaan ze ervan uit dat ze 'weten' wat hun kind wil en voelt (psychische equivalentie mode). In zulke gezinnen kunnen ouders moeilijk de eigenheid van hun kind accepteren en de autonomie ondersteunen, wat kan leiden tot problemen in de identiteitsontwikkeling van een kind. Een andere probleemvariant doet zich voor wanneer er net te veel afstand is en emotioneel contact ontbreekt (pretend mode). In zulke gezinnen ziet men vaak een vorm van pseudo-mentaliseren: er lijkt wederzijds begrip te zijn, maar emotioneel is er nauwelijks contact tussen de gezinsleden. Zulke structurele problemen in mentaliseren over de ander en over de interacties in het gezin kunnen een belangrijke invloed hebben op de ontwikkeling van een kind.

Adolescentie

Hoewel problemen in het mentaliseren in gezinsrelaties zich dus op elk moment in de ontwikkeling kunnen voordoen, zijn er ook ontwikkelingsfasen waarin het mentaliseren in een gezin per definitie in woelig water geraakt (Hutsebaut, 2009). Dat geldt bij uitstek voor ontwikkelingsfasen waarin deze relaties veranderen, zoals de adolescentie. In de adolescentie komt de relatie

tussen ouders en kinderen onder druk te staan: adolescenten gaan meer tijd doorbrengen met vrienden en maken zich los van hun ouders op weg naar meer zelfstandigheid. Ouders vallen van hun voetsduk en adolescenten worden zich bewuster van gelijkenissen en verschillen tussen het eigen gezin en dat van vrienden. Tegelijk is de zelfwaardering van veel adolescenten nog erg broos en zijn ze bij uitstek gevoelig voor goed- en afkeuring door anderen, en zeker voor afkeuring van ouders. Daar komt nog bij dat een adolescent al deze ontwikkelingsopgaven moet zien te klaren in een fase waarin de hersenen zich volop ontwikkelen, waardoor ze tijdelijk minder goed hun impulsen kunnen beheersen, de emoties van anderen kunnen lezen en zich kunnen verplaatsen in het perspectief van anderen zoals ouders (Blakemore, 2008; Sharp e.a., 2011), met andere woorden in een fase waarin ze door allerlei neurobiologische veranderingen minder goed kunnen mentaliseren (Bleiberg e.a., 2012).

Maar ook voor ouders is deze ontwikkelingsfase niet gemakkelijk: ze moeten zoeken naar een andere vorm van controle en gezag en hun kind geleidelijk aan meer vertrouwen geven zonder zich zelf terug te trekken uit het contact. Een ingewikkelde evenwichtsoefening, en heel wat ouders geven aan dat dit de moeilijkste periode is in de opvoeding (Dekovic e.a., 1996). De relatie tussen ouders en kinderen raakt in de adolescentie dan ook geregeld verstoord: uit onderzoek blijkt dat er in de adolescentie een toename is van conflicten en dat zowel aan de kant van de adolescent als die van ouders onzekerheid en depressiviteit toenemen (Dekovic, 2000).

Psychopathologie

Nog ingewikkelder wordt het wanneer dit ontwikkelingsproces doorkruist wordt door psychische problemen bij jongeren. De 'normale' neiging tot impulsiviteit of onzekerheid en schaamte kunnen dan onder invloed van onderliggende problemen verder uitvergroot worden. Bekend is dat het aantal psychische stoornissen in de adolescentie sterk toeneemt (McDermott, 1996) en dat de adolescentie de periode is waarin voor het eerst ernstige persoonlijkheidsstoornissen zich gaan ontwikkelen. Dat heeft ook impact op de ouder-kindrelatie. Als reactie op het escalerende gedrag zullen ouders vaak eveneens doorschieten in extremen, door bijvoorbeeld alle verantwoordelijkheid van hun kind over te nemen of, integendeel, hun kind te veel verantwoordelijkheid te geven (Miller e.a., 2008). Nog vaker wisselen ze wellicht af tussen deze extremen, waardoor ze ook onvoorspelbaar worden voor hun kind. Het zijn uitingen van het verlies van mentaliserend vermogen bij zowel ouders als kinderen.

Zo kunnen de gezinsrelaties van ouders en hun (borderline) kinderen een toneel van niet-mentaliserende interacties worden: een heftige reactie bij het kind leidt tot angst of boosheid bij de ouders, waardoor ook hun mentaliserend vermogen onder druk gezet wordt en van waaruit ze mee gaan escaleren, wat weer impact heeft op het mentaliserend vermogen van hun kind (Bleiberg, 2001). Ouders en kinderen triggeren bij elkaar voortdurend heftige emoties en ondraaglijke stukken zelfbeleving (*alien self*) en vinden in elkaar de *container* voor het neerleggen van deze emoties. Dat uit zich vaak in wederzijdse strijd over schuld en fout ('blame storming'; Furman, 2012). Het niet-mentaliseren van de ouder (verwijten, controleren, zuchten e.d.) roept niet-mentaliseren op bij de jongere (schelden, terugtrekken en zelfverwijten maken e.d.) en vice versa.

Daarom moet het gezin betrokken worden

Jongeren en ouders zitten vaak vast in vicieuze interactiepatronen: de problemen en symptomen van de jongere (stemmingswisselingen, depressief in bed blijven, zelfverwonding) roepen sterke emoties op bij de ouders (bijv. onmacht, schuld, teleurstelling, boosheid, schaamte). Die interfereren met het mentaliseren van ouders, waardoor ze vaak escalierend reageren (boos worden, straffen, zelf terugtrekken en zwijgen over de problemen), wat op zijn beurt het mentaliseren van de jongere ondermijnt, waardoor het risico op problemen toeneemt (zichzelf verwonden uit schuldgevoel, afgewezen voelen als ouder zich terugtrekt e.d.). Op die manier dragen de niet-mentaliserende interacties in een gezin bij aan een sneeuwbal-effect in de fase van de adolescentie. De onvoorspelbaarheid en onveiligheid zijn gevolg (en aanleiding) van deze interacties, en ondermijnen de verdere ontwikkeling van het al kwetsbare mentaliserend vermogen nog verder, versterken de angst, onzekerheid en zelfhaat bij de jongere en interfereren met het succesvol omgaan met ontwikkelingsopgaven.

In extremere gevallen leiden deze problemen tot versneld uit huis gaan, afhaken op school en andere ontwikkelingsstagnaties die op hun beurt het risico op extra gedrags- en andere problemen vergroten. Er ontstaat opeenstapeling van ontwikkelingsrisico's die niet alleen de ouder-kindrelatie verder onder druk zetten, maar ook de persoonlijkheidsontwikkeling ernstig bedreigen. Het herstellen van het mentaliseren bij ouders en kinderen, over zichzelf, over elkaar en over de relaties waar zij zich in bevinden, is dus belangrijk om de gezinsproblemen te verminderen, en om bij te dragen aan het vormen van een gezinsklimaat waarin het mentaliseren van de jongere op een cruciaal moment van de ontwikkeling versterkt wordt. Mentalization-Based

Treatment for Families (MBT-F) biedt een methodiek om het mentaliseren in gezinnen te verbeteren. Voor we bespreken hoe we MBT-F geïntegreerd hebben in de behandeling van jongeren met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, stellen we hieronder het oorspronkelijke model kort voor.

Mentalization-Based Treatment for Families

Uitgangspunten

MBT-F ontstond oorspronkelijk als een korte interventie voor gezinnen, met als voornaamste doel de kwaliteit van de communicatie en van de gezinsinteracties te verbeteren (Keaveny e.a., 2012). De uitgangspunten van MBT-F zijn in essentie dezelfde als voor MBT (Asen & Fonagy, 2011; 2012): problemen binnen gezinnen en bij individuele gezinsleden ontstaan ten gevolge van specifieke problemen om de eigen mentale toestanden en die van anderen goed te begrijpen, wat kan leiden tot spanningsvolle interacties die de coping, creativiteit en veerkracht van een gezin verder kunnen ondermijnen. Kinderen voelen zich niet meer begrepen door ouders en vice versa, de verschillen tussen ouders worden uitvergroot doordat ouders zich niet meer op elkaar kunnen afstemmen enzovoort. In de behandeling wordt een gesprek over de problemen op gang gebracht. Dit zal onvermijdelijk de emotionele toestanden oproepen die een rol spelen in het ervaren onbegrip en aan de basis liggen van de interactieproblemen. Dat biedt vervolgens de kans om 'in vivo' het mentaliseren binnen het gezin te onderzoeken en herstellen. De verschillende gezinsleden worden daarbij aangemoedigd om hun gevoelens bij deze interacties te onderzoeken en onder woorden te brengen, en om na te denken over de gevoelens van andere leden van het gezin. Dat kan leiden tot rijkere, begripvollere en verdiepende interacties in het gezin (Asen & Fonagy, 2012). Goed mentaliseren verruimt ook de blik op het 'probleemkind' door meer aandacht te geven aan ieders rol en betrokkenheid bij het probleemgedrag. Een verbeterde communicatie zorgt tenslotte voor meer gevoelens van veiligheid en geborgenheid met als gevolg dat ouders zich competentier kunnen voelen in hun ouderschap.

MBT-F is een erg toegankelijke methode. De behandeling staat niet beschreven in een klassiek handboek, maar is online vrij verkrijgbaar (www.tiddlymanuals.com). De methode wordt interactief beschreven, waarbij gebruikgemaakt wordt van de software 'TiddlyWiki'. Deze software biedt de mogelijkheid om de handleiding thematisch te ordenen en de onderwerpen op ontelbare manieren met elkaar te verbinden, waardoor gemakkelijk kan worden

doorgeklikt naar geassocieerde inhoud. De handleiding bevat ten slotte ook een heel aantal video-opnames waarmee specifieke technieken worden gedemonstreerd (Bevington & Fuggle, 2012).

Interventies

Het doel van de interventies van de therapeut is om de reflectie op de gedachten en gevoelens van zichzelf en die van andere gezinsleden te bevorderen. De MBT-F-therapeut brengt de problemen ter sprake en moedigt ieder gezinslid aan om gevoelens en gedachten hierbij uit te drukken. Het doel is om hierdoor interacties tussen de gezinsleden op gang te brengen, die wellicht exemplarisch zijn voor de niet-mentaliserende interactiepatronen die mede aan de basis liggen van de aanmeldingsproblemen (vaak van een kind uit het gezin). De therapeut checkt voortdurend of hij iedereen goed begrepen heeft en erkent daarbij dat verschillende gezinsleden een verschillende visie kunnen hebben. Interventies zijn procesgericht. Niet-mentaliserende uitspraken (verwijten bijvoorbeeld) worden onderzocht en uitgedaagd. De therapeut tracht daarbij het evenwicht te bewaren tussen het observeren van de natuurlijke interacties en het interveniëren om verandering te realiseren. Hij volgt de natuurlijke manier van omgaan binnen het gezin, maar komt ook tussen beiden op cruciale momenten.

Die interventies stimuleren het mentaliseren (en dus het begrip) van gezinsleden op het moment dat ze 'in' de problematische interactie zijn. Typisch daarbij is het gebruik van triadische mentaliseren-bevorderende vragen, waarbij aan een gezinslid wordt gevraagd om iets te zeggen over de gedachten en gevoelens van de andere twee in interactie. De therapeut tracht de wijze waarop de gezinsleden met elkaar omgaan en communiceren te vatten in een dynamische formulering, die hij deelt met het gezin. Deze formulering tracht te verklaren hoe de mentaliseringsproblemen binnen het gezin een rol spelen in het ontstaan of in stand houden van de aanmeldingsproblemen.

Een belangrijke techniek om meer zicht te krijgen op deze mentaliseringsproblemen en om ze 'in vivo' te kunnen beïnvloeden, is de 'mentalizing loop'. Deze techniek helpt om in vijf stappen momenten van verstoord mentaliseren die zich in de sessie voordoen, te onderzoeken en te beïnvloeden. De term 'loop' wijst er daarbij op dat dezelfde stappen terugkomen, telkens gebaseerd op nieuwe observaties en met de mogelijkheid om tot een nieuw begrip te komen. Het voordeel van deze techniek is dat ze toelaat om aan te sluiten bij wat zich hier en nu in de sessie afspeelt in de interacties tussen de gezinsleden. De therapeut observeert iets in de 'natuurlijke' interactie en 'markeert' deze observatie (stap 1). Daarbij wordt uiteraard bij voorkeur een interactie gekozen

die vermoedelijk iets weergeeft van kenmerkende mentaliseringsproblemen in dit gezin. 'Het valt me op dat ...'. Deze observatie wordt meteen gecheckt bij ieder gezinslid (stap 2): 'zien jullie dat ook op deze manier?' Als er enige consensus is over de observatie, dan komt de belangrijke uitdaging om het mentaliseren over de betekenis van hetgeen geobserveerd is te bevorderen (*mentalizing the moment*, stap 3): de therapeut tracht door een open en nieuwsgierige houding gericht op het begrijpen van de 'mind' van ieder gezinslid een gesprek op gang te brengen waarbij de gedachten en gevoelens van elk gezinslid die bijdroegen aan de interactie, geëxploreerd kunnen worden. Samen met het gezin tracht de therapeut als het ware de interactie te vertragen door te stoppen en terug te kijken om een reflectie op de interactie op gang te brengen (*stop and rewind*; Bateman & Fonagy, 2006). Stap 4 bestaat erin om na te gaan of deze interactie generaliseerbaar is naar de thuissituatie: 'herkennen jullie dit als iets wat ook thuis zo gebeurt?' Het hier-en-nu wordt uitgezoomd naar het echte leven. Aan het einde van de sessie gaat de therapeut dan na hoe deze ervaring voor iedereen was (stap 5: *review*). In een ideaal geval herkennen de gezinsleden hoe een mentaliserende interactie hen geholpen heeft meer begrip voor elkaar op te brengen en tot een constructievere interactie over te kunnen gaan.

Heel wat interventies zijn gericht op het reguleren van de spanning in de sessie zodat er geen destructieve interacties op gang komen. Dat komt overeen met de interventies die Bateman en Fonagy (2004) ook beschrijven om de spanning in de sessies te reguleren. Denk aan het geven van steun en empathie aan de verschillende gezinsleden, het uitvoeren van een 'stop and rewind' bij oplopende spanning in de sessie, enzovoort. In hun artikel over MBT-F voegen Asen en Fonagy (2012) daar nog enkele technieken aan toe, zoals 'simmering down', een techniek die gebruikt kan worden wanneer de emoties erg hoog oplopen en het mentaliseren helemaal verstoord raakt, bijvoorbeeld wanneer ernstige verwijten over en weer gemaakt worden. De therapeut drukt dan op de ingebeelde pauzeknop en vraagt dwingend om te stoppen met de eigen monologen (een variant van de 'mentalizing hand'). De sessie kan dan verder sterker gestructureerd worden door elk gezinslid zestig seconden de tijd te geven zijn of haar visie uiteen te zetten. In sommige gevallen kan het ook nodig zijn om even te pauzeren om de spanning weer hanteerbaar te maken.

Een andere techniek die gebruikt kan worden wanneer de spanning oploopt, maar er toch nog enig mentaliseren aanwezig is, is het 'ontwarren van gevoelstoestanden'. De therapeut last dan een stop in en exploreert met ieder gezinslid afzonderlijk wat ze precies voelen en denken op dat moment. Er kan

dan bij andere gezinsleden gecheckt worden of ze dit herkennen of door hadden.

Evidentie

Er bestaat nog geen gecontroleerde studie naar de resultaten van de effecten van MBT-F. Recent werden wel de eerste pilotresultaten gepubliceerd (Keaveny e.a., 2012). De resultaten suggereren dat MBT-F leidt tot een statistisch significante vermindering van gedragsmatige en emotionele moeilijkheden bij kinderen en adolescenten, zoals door hun ouders gerapporteerd. Ook een jaar na behandeling blijven deze resultaten behouden. Voorbehoud is er wel door het design van de studie, maar ook omdat het hier wellicht een selectie betreft van erg gemotiveerde en doorgaans hoog opgeleide gezinnen.

Integratie van MBT-F in een MBT-A-behandeling

In de vorige paragraaf stelden we de oorspronkelijke variant van MBT-F voor. Het is belangrijk om erop te wijzen dat die werd ontwikkeld als een *stand alone*-interventie voor relatief milde aanmeldingsproblemen binnen relatief goed functionerende gezinnen. Wat we in het vervolg van dit artikel beschrijven, is een adaptatie van deze oorspronkelijke interventie, waardoor de methodiek ook toegepast kan worden in de behandeling van gezinnen met jongeren met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De oorspronkelijke variant van MBT-F zal waarschijnlijk in zulke gevallen niet volstaan. MBT-F wordt toegevoegd aan een MBT-A behandeling ('*add on*' interventie), maar – en dat is de kern van dit artikel – niet als een losse module of een tweede spoor naast de individuele behandeling – maar als een geïntegreerde component van de totaalbehandeling. In deze paragraaf beschrijven we daarom een uitwerking van onze visie op zo'n geïntegreerde behandeling.

Coherentie, consistentie en continuïteit

Het kan niet voldoende benadrukt worden hoe belangrijk het is om juist bij deze jongeren en in deze gezinnen te streven naar een theoretisch coherente, consistente en continue behandeling. Dat is meteen ook een van de belangrijkste basisprincipes van MBT (Bateman & Fonagy, 2004). Behandelars vormen één geïntegreerd team dat werkt vanuit eenzelfde model. Alle behandelars nemen een niet wetende, mentaliserende houding aan en maken gebruik van MBT-interventieprincipes en van het MBT-interventie-spectrum (Bateman & Fonagy, 2006). In alle behandelonderdelen (individueel,

groep of systeem, verbaal of creatief) staat het bevorderen van het mentaliseren centraal. Behandelars zijn allemaal gericht op dezelfde doelen, binnen hetzelfde kader van afspraken, met aandacht voor het actief vasthouden en integreren van behandelthema's (Bateman & Fonagy, 2004). Er wordt actief gestreefd naar continuïteit tussen de verschillende behandelonderdelen:

thema's die in de groepstherapie aan bod kwamen, worden vervolgd in de individuele therapie en vice versa. Inconsistenties en discontinuïteiten leiden vaak tot verwarring, onbetrouwbaarheid en onvoorspelbaarheid, waar deze doelgroep extra gevoelig voor is, wat veelal kan leiden tot verdere destabilisatie, met bijhorende crisissen. Op haar beurt leidt dit in een team weer tot verhoogde *arousal*, die het mentaliseren beperkt en waardoor er impulsieve acties worden ondernomen, die vaak schadelijk zijn (bijvoorbeeld onnodige crisisonames). In die zin kan een behandeling niet alleen ineffectief zijn, maar zelfs iatrogene schade berokkenen. Vroege signalen van deze mogelijk schadelijke processen kunnen erg divers zijn. Een kenmerkend voorbeeld is dat de systeemtherapeut 'gesplitst' raakt van de rest van het team en bijvoorbeeld 'teambesluiten' bij de ouders moet gaan verdedigen.

Neem nu het voorbeeld van het geven van een time out bij grensoverschrijdend gedrag van de jongere. Het is belangrijk dat bij zo'n interventie ook wordt stilgestaan bij de mogelijke impact daarvan op het gezin. In dat licht kan het bijvoorbeeld belangrijk zijn om ouders meteen telefonisch op de hoogte te brengen, uitleg te geven over reden en doel van de time out en een afspraak te maken om het incident snel te bespreken in het volgende gezinsgesprek. Gebeurt dat niet, dan kan het gebeuren dat ouders erg het gevoel hebben voor een voldongen feit geplaatst te worden. Als er geen afspraken vooraf over gemaakt worden of er op de incidenten niet meteen ook in het gezin wordt teruggekomen, dan kunnen ouders zich onbegrepen en opzij gezet voelen, waardoor ze misschien zich gaan aansluiten bij de boosheid en kritiek van de jongeren en het vertrouwen in de behandeling afneemt. Als er pas achteraf uitleg wordt gegeven, beperkt dat al vaak de ruimte om vanuit verschillende visies over de betekenis van het incident na te denken. Dit soort van processen kunnen er op hun beurt voor zorgen dat de jongere zich minder gaat committeren aan de behandeling en kunnen een negatieve invloed hebben op de behandeling.

Wat houdt dit concreet in voor MBT-F binnen het MBT-A-programma? Vanaf de start van het behandeltraject worden individuele en systeemtherapie nauw verweven. Zo start de behandeling met een kennismakinggesprek waarop het hele gezin uitgenodigd wordt en waarbij de MBT-F-therapeut en de individuele sociotherapeut aanwezig zijn. In dat gesprek worden het

individuele en systeemtraject uitgezet en worden afspraken gemaakt over de communicatie en over de evaluatie van de behandelvoortgang. Beide onderdelen hebben een eigen behandelplan, maar de thema's daarvan worden afgestemd. Om de drie maanden wordt een evaluatie gehouden, waarbij zowel de voortgang van het individuele als van het systeemtraject worden geëvalueerd. Spelen er belangrijke thema's – individueel of in het gezin – dan wordt er naar gestreefd om die zowel in de individuele en/of groepstherapie als in de systeemtherapie aan bod te laten komen. Dat betekent ook dat er regelmatig gezinsgesprekken moeten plaatsvinden. We streven in overleg met het systeem naar een frequentie van een gesprek om de week.

De MBT-F therapeut speelt verder (net als elk teamlid) een belangrijke rol in het op één lijn krijgen van alle behandelaren. Zijn focus zal daarbij in het bijzonder zijn het integreren van de interventies van verschillende teamleden in de diverse (externe) contexten. Veel gezinnen zijn immers verbrokken; jongeren wonen vaak uit huis, ouders kampen geregeld zelf met ernstige problemen en het gezin wordt vaak belast met diverse andere maatschappelijke problemen, zoals financiële of huisvestingsproblemen. Er is behoefte aan afstemming met school, bureau jeugdzorg, pleegouders, en andere hulpverleners, zoals opvoeders in beschermde woonvormen. De MBT-F-therapeut dient de interventies hieromtrent te overzien en te integreren.

In feite is het dus wat misleidend om in dit artikel een onderscheid te maken tussen MBT-F en MBT-A. Voor mildere problemen kan MBT-F (dus de gezinstherapie) een op zichzelf staande behandeling zijn als onderdeel van een MBT-A-behandeling voor adolescenten, maar het is belangrijk dat de gezinstherapie evenzeer geïntegreerd is als de andere onderdelen van de behandeling, zoals de individuele of groepstherapie. Wat zeker voorkomen moet worden, is dat de MBT-F-behandeling *naast* (parallel aan) de individuele behandeling loopt alsof het gaat om twee afzonderlijke behandelingen. Als het goed is, is de gezinstherapie een geïntegreerde component.

Deze integratie biedt ook heel wat mogelijkheden. In feite vormt de gezinstherapie een extra omgeving waar gementaliseerd kan worden binnen de context van gehechtheidsrelaties, naast de individuele en groepscontext. Het geeft de gezinstherapeut ook een interessante positie, als scharmier tussen team en gezin. Als het team vastloopt in bepaalde interactiepatronen met de jongere, kan het gezin meedenken over hoe deze patronen ook herkenbaar zijn thuis en vice versa.

Dat veronderstelt een gedeelde visie binnen het team op de interactionele aard van de problemen. Het betekent ook dat de MBT-F-therapeut voortdurend actief uitzoemt en parallelle processen tussen het gezin, de groep en de

individuele behandeling signaleert. Kenmerkend voor deze doelgroep is immers dat in alle heftig en onder invloed van oplopende *arousal* op sommige momenten ook het mentaliserend vermogen van teamleden verloren kan gaan. Dat kan dan leiden tot onbewuste parallelle processen, die de consistentie in de behandeling bedreigen. Doordat de MBT-F therapeut zowel gezin als team kent, is hij in een goede positie om dit soort van parallelprocessen te identificeren. De tweewekelijkse teamintervisie is een uitstekend moment om deze parallelle processen uit te werken.

Het systeembehandelplan als leidraad

Leidraad voor de MBT-F behandeling is het systeembehandelplan. Dit plan volgt ongeveer dezelfde structuur als het individueel MBT-behandelplan en wordt er nauw op afgestemd. Het systeembehandelplan bestaat uit twee belangrijke onderdelen. In de dynamische formulering van de systeemproblemen worden deze problemen en hun relatie met de individuele aanmeldingsproblemen van de jongere beschreven op een manier waarin alle gezinsleden zich herkennen. De aanmeldingsproblemen van de jongere staan daarin centraal en de dynamische formulering tracht de gezinspatronen te beschrijven die een impact hebben op deze aanmeldingsproblemen. Daaruit worden de behandeldoelen afgeleid.

Er worden standaard vier hoofdbehandeldoelen beschreven: het committeren aan de behandeling, het verbeteren van de interpersoonlijke relaties binnen het gezin, het hanteren van destructieve interactiepatronen en het (opnieuw) opnemen van opvoedingstaken door ouders. Het eerste doel streeft ernaar engagement voor verandering te creëren bij alle gezinsleden. Heel wat gezinnen hebben immers veelvuldig negatieve ervaringen met allerlei hulpverleningsinstanties: de ervaring van ouders dat officiële instanties in hun opvoeding ingrijpen, de ervaring dat gezinsgesprekken de emoties alleen maar meer doen oplaaten, of de onmacht na het mislukken van allerlei eerdere interventies. Heel wat ouders voelen zich ernstig tekort geschoten en schuldig. De eerste opgave bestaat er dan ook in om zoveel mogelijk alle gezinsleden 'aan boord' te krijgen.

Het tweede doel vormt in feite de kern van de behandeling. Dit doel richt zich op het verbeteren van interpersoonlijke relaties in het gezin, het veranderen van niet mentaliserende communicatiepatronen naar mentaliserende communicatie, door een concrete omschrijving van het relationele thema (bijvoorbeeld de angst voor het bespreken van emoties, waardoor ieder zich terugtrekt en zich eenzaam voelt) en de formulering van het concrete patroon in termen van mentale toestanden dat een rol speelt rondom dit thema.

Het derde doel richt zich (naar analogie met het hanteren van zelfdestructief gedrag bij de jongere in het individuele behandelplan) op het verminderen van de destructieve interacties, die kunnen leiden tot gezinscrisissen, bijvoorbeeld heftig oplopende scheldpartijen of fysiek handgemeen. Zulke crisissen verwijzen naar een totale escalatie van niet-mentaliserende interacties en kunnen vaak een erg grote impact hebben op de veiligheid in het gezin. Het voorkomen van zulke destructieve interacties vormt daarom vroeg in de behandeling een belangrijk doel.

Het vierde doel richt zich op de ouders en op de moeilijkheden die zij ondervinden om de opvoedingstaken in te vullen die bij de ontwikkelingsfase van de adolescentie horen. Denk aan hun moeite om hun kind los te laten en opnieuw vertrouwen te geven of om in te schatten wanneer gedrag past binnen een gezond experimenteren met grenzen, dan wel indicatief is voor schadelijke impulsiviteit. Ook als de heftigheid in de interacties grotendeels voorbij is, staan ouders vaak voor lastige opgaven.

Naast de maandelijkse behandelplanbesprekingen in het team wordt iedere drie maanden de behandeling geëvalueerd. Het hele team dat betrokken is bij de jongere en de jongere zelf wonen deze evaluatie bij. Hier is de individuele therapeut gespreksleider. Bij het tweede deel van de evaluatie sluit het hele gezin aan en is de systeemtherapeut gespreksleider. De jongere koppelt daarin samen met zijn of haar behandelaars de individuele voortgang terug, waarna het systeembehandelplan en de systeemtherapie geëvalueerd worden.

Verloop van de behandeling

In de eerste fase van de behandeling heeft de MBT-F-systeemtherapeut twee belangrijke focussen, analoog aan de individuele MBT-therapeut: het commitment van het hele gezin aan de gezinstherapie zo veel mogelijk te bevorderen en de capaciteit van het gezin om crisissen te hanteren te vergroten. De MBT-F-therapeut streeft er in de beginfase naar om met zo veel mogelijk individuele gezinsleden een positieve werkkrelatie te ontwikkelen, waardoor zij zich meer kunnen gaan committeren als gezin. Daarbij wordt gebruikgemaakt van de MBT-i, (Bateman & Fonagy, 2006), zoals oorspronkelijk gebruikt wordt in de MBT-behandeling, maar nu als afgeleide en nieuw ontwikkelde modulen: MBT-i voor ouders en MBT-i voor adolescenten.

Naast het bevorderen van de werkkrelatie en motivatie zal de MBT-F-therapeut in deze fase ook samen met het gezin de aanmeldingsproblemen verbinden met problemen in het mentaliseren in het gezin. Het vermogen van de verschillende gezinsleden om in specifieke relaties en omstandigheden te

kunnen blijven mentaliseren, als ook de problemen daarbij, worden in kaart gebracht. Dit vormt de basis voor het systeembehandelplan. Daarin wordt actief gestreefd om de individuele behandeldoelen en -thema's te verbinden met systeemthema's en -doelen en vice versa.

Samen met het gezin ontwikkelt de MBT-F-therapeut in deze fase (indien geïndiceerd) ook een systeemsignaleringsplan. Dit plan brengt in kaart hoe de opbouw van crisissen in het gezin plaatsvindt en beschrijft in samenwerking met het gezin acties die elk gezinslid kan ondernemen om tot adequatere omgang (coping) met de crisissen te komen. Het plan wordt in de beginfase opgesteld, maar kan in de loop van de behandeling worden bijgesteld indien dat nodig blijkt.

Een andere belangrijke peiler die ouders helpt om zich te committeren, is de doorlopende aandacht van de therapeut voor het (steeds opnieuw) opnemen van de verantwoordelijkheid als ouder. De MBT-F-therapeut kan meedelen en adviseren, maar zal geen opvoedingstaken overnemen. Integendeel, hij zal ouders aanmoedigen om hun rol als ouder op te nemen en bijvoorbeeld de verantwoordelijkheden die daarbij horen naar school of andere officiële instanties zelf op zich te nemen. Er wordt naar gestreefd dat ouders – die vaak al jaren elke vorm van controle over hun kind en de context kwijt zijn – opnieuw iets van competentie en invloed voelen (*sense of agency*).

In de middenfase staat de *mentalizing loop* steeds opnieuw centraal; deze is gericht op de interactionele problemen die beschreven staan in het systeembehandelplan. Deze techniek biedt een handvat om concrete situaties thuis, in de therapie sessie of elders te onderzoeken. Vaak is het gemakkelijker om eerst situaties buiten de sessie te onderzoeken en geleidelijk aan steeds meer het accent te leggen op het mentaliseren in het hier-en-nu van de sessies. De therapeut wordt doorgaans na verloop van tijd meer faciliterend door het gezin te helpen op het proces gericht te blijven, maar blijft actief in het structureren van interacties waar het nodig is om even bij te sturen. Er vindt in deze fase regelmatig afstemming plaats tussen individuele therapeut en systeemtherapeut in de maandelijkse behandelplanbesprekingen, zodat individuele thema's binnen het gezin en gezinsthema's binnen individuele en groepstherapie verder uitgewerkt kunnen worden.

In de laatste fase verschuift het accent meer naar de ontwikkelings- en opvoedingstaken. Onze ervaring is dat jongeren vaker dan volwassenen het einde van hun (intensieve) behandeling laten afhangen van keuzes op gebied van opleiding of werk. Ook het gezin bereidt zich dan voor op een nieuwe ontwikkelingsstap.

Kim

Kim wordt aangemeld bij de instelling voor een second opinion om de diagnose 'Stoornis van Asperger' uit te sluiten. Ze is al bijna tien jaar in behandeling bij de GGZ. Al snel blijken haar problemen veel meer te passen bij een borderline persoonlijkheidsstoornis. Ze voldoet bij afname van de SCID-2 aan zes van de negen BPS-criteria: instabiliteit in relaties, identiteitsstoornis, impulsiviteit, affectabiliteit, woedeaanvallen en dissociatieve symptomen onder stress. Verder voldoet ze ook aan twee kenmerken van de afhankelijkke persoonlijkheidsstoornis. Kortom, een complex en ernstig klinisch beeld. Zelf geeft ze aan vooral last te hebben van stemmingsschommelingen en woedeaanvallen. Ze voelt dat ze snel erg emotioneel kan worden – vooral woedend – en dat ze die emoties voortdurend moet proberen te controleren door zich aan te passen en zich schijnbaar ontspannen en vrolijk op te stellen. Dat houdt ze niet vol, waarop ze de controle verliest, uitbarst en nadien uit schaamte het contact verbreekt. Ze is bang alleen achter te blijven, uit angst dat anderen denken: 'jij bent gestoord, met jou willen we niets te maken hebben'. Bovendien kost het haar buitengewoon veel energie om zich zo in te houden. Verder merkt ze dat ze in contacten met anderen erg gevoelig kan reageren. Ze verdraagt het niet wanneer anderen zich boven haar stellen en het 'beter weten'. Ze voelt zich snel afgewezen en veroordeeld door anderen. Komen mensen te dichtbij, dan kan ze hen op afstand plaatsnemen door boos te worden. Ze heeft het gevoel dat niemand haar echt kent en begrijpt: zelfs haar beste vrienden hebben er geen idee van wat een chaos het vaak in haar hoofd is. Ze heeft dikwijls het gevoel alleen te staan. Zij gaat bijvoorbeeld uit angst hiervoor niet meer naar school en is veel alleen. Zij voelt zich meer en meer geïsoleerd van haar leeftijdgenoten, die wel verder gaan in hun opleiding, en in het opbouwen van vriendschappen. Kim wil meer grip krijgen op zichzelf, meer controle over haar emoties en beter begrijpen wat er tussen haar en anderen gebeurt.

Thuis speelt dit ook. Ze is daar geregeld chagrijnig, prikkelbaar en kortaf. Alle ingehouden emoties ontladen zich, meestal gericht naar vader, soms ook naar moeder. Haar ouders geven aan dat conflicten erg hoog kunnen oplopen. Ze hebben het idee dat ze op eieren moeten lopen, bijvoorbeeld wanneer ze iets kritisch zeggen tegen haar. Ze kunnen en durven bij wijze van spreken haar niet meer te bewegen uit angst voor een explosie van Kim. De ouders zijn blij dat ze eindelijk zicht hebben op wat er precies met Kim aan de hand is en hopen dat zij handvatten kan krijgen om met haar stemmingswisselingen om te gaan. De ouders willen meer contact hebben met hun dochter en het gevoel

hebben haar te kunnen helpen in dit ontwikkelingsproces. Zij willen zich minder onmachtig gaan voelen op momenten dat Kim zich extreem terugtrekt.

Ouders hebben naast Kim nog een dochter, die iets ouder is en uit huis woont. Zij studeert en heeft een periode psychische problemen gehad. Zij had depressieve klachten en last van een dreigende burn-out. Volgens de gezinsintaker zijn de ouders erg machteloos en teleurgesteld in de hulpverlening. Ook beschrijft zij het gebrek aan verbinding tussen de gezinsleden: vooral vader zou weinig betrokken zijn bij de rest van het gezin.

Start van de behandeling

In de voorbereidingsfase van de MBT-A ontstaan er al snel conflicten tussen Kim en haar behandelaars. Ze stelt zich superieur op en accepteert haast niets van hen. Dit is meestal merkbaar in emotioneel geladen discussies, waarin het toch onduidelijk blijft hoe alleen en niet gehoord en gezien zij zich voelt. Behandelaars hadden in het verleden immers al bewezen incompetent te zijn door haar verkeerde diagnoses en adviezen te geven en dat mocht het behandelteam eerst uitzweten, zo lijkt wel. 'Jullie weten het altijd beter, dit gaat nooit wat worden'. In het eerste gezinsgesprek ontstaat eenzelfde patroon: de gezinsleden weten niet of ze deze behandeling wel willen en bij een eerste teken van verkeerdt begrip door de systeemtherapeut reageert Kim misnoegd en boos. Ouders stellen zich ook kritisch op: ze zijn erg op hun hoede en lijken een dwingende mening te hebben over wat wel en niet zal werken. De MBT-i-cursus uit het voortraject vonden ze bijvoorbeeld weinig zinvol. In het eerste gesprek vormt het 'los-zand' gezin een blok van drie tegen de therapeut. De dreiging van 'alweer een teleurstelling' en 'opnieuw nutteloze hulpverlening' is erg aanwezig.

In deze eerste fase staat het committeren centraal: de therapeut moet ervoor zorgen dat dit kritische gezin niet afhaakt. Dat kan door ieder gezinslid te valideren, bijvoorbeeld door hun sterke kanten te bevestigen (hoe goed zij nagedacht hebben over wat helpt en wat niet) en hun betrokkenheid te benoemen, ook al is het door ruzies. Tegelijk is het duidelijk dat dit gezin meer nodig heeft. Daarom maakt de therapeut al in het eerste gesprek een mentalizing loop, waardoor de interactie die er in de kamer ontstaat meteen besproken kan worden: 'volgens mij zijn jullie best eigenwijs, maar dat ben ik ook en ik denk dat als we zo verder gaan, we hier binnen de kortste keer alleen maar gaan zitten te discussiëren. Discussies die ik nota bene wellicht nog ga verliezen ook. Dan hebben we niets aan elkaar'. Dit joinen, gecombineerd met wat humor, creëert iets van ruimte om het commitment ter sprake te brengen: 'hebben jullie dit ook meegemaakt bij andere hulpverleners?' Waarop er

ruimte ontstaat om te kijken wat hen triggert om kritisch te zijn en hoe dit de samenwerking kan belasten. Zo bleken ze zich tijdens de vorige hulpverlening vaak allemaal erg machteloos gevoeld te hebben. Thuis liep de spanning vaak hoog op en de hulpverlening schoot tekort om de crisissen te stabiliseren. Als het dan thuis weer eens was opgelopen en ze het gevoel hadden dat de hulpverlening hen in de steek liet, gingen ze in de sessies zich als een hecht blok tegen de hulpverlener keren.

Het is met andere woorden belangrijk om erg vroeg in de behandeling goed zicht te krijgen op de voorlopers (transference tracers, Bateman & Fonagy, 2006) van eventuele commitmentproblemen. De MBT-F therapeut zal deze thema's opnemen in het systeem behandelplan, in dit geval onder het doel 'commitment': voelt het gezin zich aan zijn lot overgelaten en onvoldoende serieus genomen, dan kunnen ze erg kritisch worden en gaan twijfelen over het effect van de behandeling. Op vergelijkbare manier worden de drie andere doelen ingevuld. Daarin staat vaak centraal hoe individuele acties van de verschillende gezinsleden (bijvoorbeeld een vader die drinkt) iets triggert in de relaties, en hoe dit gerelateerd is aan de aanmeldingsproblemen van Kim. Bijvoorbeeld, onder het doel 'hanteren van destructieve interactiepatronen' staat bij Kim: Als Kim het idee heeft dat vader er niet voor haar is, kan ze heel erg boos en verwijtend worden. Moeder probeert dan bij beiden afzonderlijk te bemiddelen, maar voelt zich toenemend onmachtig en falen. Vader voelt zich niet meer evenwaardig behandeld door moeder. Als de spanning op zulke momenten te hoog oploopt, wordt Kim wanhopig en gaat ze zich terugtrekken. Dat roept bij allen extreme angst op dat ze weer in crisis gaat. Op zulke momenten raken de bindingen in het gezin helemaal zoek. Dan gaat vader zich meer terugtrekken (meer drinken), gaat Kim negatief over zichzelf en anderen denken, wordt wanhopiger en suïcidaal. Moeder raakt uitgeput door het bemiddelen tussen haar man en dochter. Zij voert lange gesprekken met hen afzonderlijk, waarbij zij haar eigen grenzen verliest en overbelast raakt, waardoor haar lichamelijke klachten toenemen.

Middenfase van de behandeling

In de gezinsgesprekken staat het onderzoeken van de betekenis van de onderlinge relaties centraal, vaak van buiten naar binnen: met de vorige hulpverlener, tussen Kim en de therapeuten van de instelling, tussen Kim en ouders. Het bespreken van deze interacties en de verlangens die ieder daarin heeft laat toe om de mentalizing loop verschillende keren te doorlopen en steeds verder uit te werken. Bijvoorbeeld, wanneer Kim boos wordt op de therapeut als die een verkeerde opmerking over haar toekomstplannen maakt,

kan de therapeut modelleren hoe het contact hersteld kan worden door te onderzoeken wat er in het contact gebeurt en daarmee steun bieden aan de heftige emoties van Kim als zij voelt dat zij niet begrepen is. Tegelijk geeft dit ruimte aan ouders om te herkennen hoe dezelfde patronen zich ook voordoen tussen hen en Kim. 'En hoe gebeurt dit in jullie gezin?' Daarbij wordt het steeds duidelijker dat een belangrijk thema in het gezin te maken had met 'hoge eisen aan elkaar stellen', 'falen' en 'fouten maken'. De gezinsmotto's zijn: 'afspraken kom je altijd na' en 'hard werken is goed voor iedereen'. Daarmee wordt duidelijk dat het gevoel van falen, teleurstelling en schaamte bij ieder in het gezin speelt, pijnlijk is en moeilijk te verdragen. In de gezinsinteracties worden deze heftige en pijnlijke gevoelens in discussies naar de achtergrond gedreven, wat uiteindelijk leidt tot oplopende spanning uit machteloosheid, onbegrip en woede, waarop Kim en vader zich gaan terugtrekken en iedereen zich alleen én gefaald voelt. Kim trekt zich terug uit angst de controle over zichzelf te verliezen en 'nog meer de mist in te gaan'. Vader gaat vaak roken en drinken, waarop moeder en Kim een bondje vormen waarin ze dit van vader afkeuren. Na een tijdje in de behandeling kan ieder stilstaan bij het gevoel van falen en eenzaamheid van zichzelf en de invloed daarvan op de ander. De mentale toestand van ieder gezinslid wordt telkens opnieuw grondig geëxploreerd zodat zij de ander beter aanvoelen en begrijpen. Met name begrip tonen voor waarom iemand iets op een bepaalde manier doet. Zo wordt het duidelijk dat vader veel meer om Kim gaf dan zij in de gaten had, maar zich vaak zo afgekeurd voelde door moeder en haar, dat hij geen moeite meer deed.

Het onderzoeken van deze patronen in het gezin helpt ook om de soms vastlopende interactie tussen Kim en de individuele therapeut weer vlot te trekken. Meer nog dan de systeemtherapeut is de individuele therapeut vaak een hechtingsfiguur die op een veel intensere manier te maken krijgt met de kernproblemen in inname relaties van Kim. In sommige periodes verzandde de individuele therapie te vaak in discussies onder hoge spanning, die alleen maar het gevoel overdroegen dat er niets goeds gebeurde in de therapie. In de systeemsgesprekken komt dit onvermijdelijk ter sprake, waarbij de link gelegd kan worden met de interactiepatronen daar en thuis, maar waarbij ouders ook kunnen helpen om de interactie tussen Kim en de individueel therapeut te begrijpen. Juist door over beiden na te denken en meerdere betekenissen te onderzoeken van wat er tussen hen gebeurt. Dit helpt om een steeds rijker beeld van het relationele leven van Kim (en van het gezin) te krijgen en dus ook op de redenen waarom het zo vaak misloopt tussen haar en anderen.

Eindfase van de behandeling

Naar het einde van de behandeling wordt steeds duidelijker dat er erg grote overeenkomsten zijn in de wijze waarop ieder van de gezinsleden relaties vormt en aanpakt. Belangrijk in deze fase is het bezig zijn met de toekomst, hoe de angst van Kim voor contacten met anderen hierin aandacht kan krijgen in de behandeling. Maar ook hoe zij samen de problemen in deze stappen kunnen oplossen. Wanneer moeder in de afrondingsfase erg boos wordt omdat ze het idee heeft dat er heel wat zaken rondom het weer opstarten van de vervolgopleiding van Kim nog onvoldoende geregeld zijn – en vooral omdat ze het idee heeft daarin door de behandelaars niet genoeg gehoord te zijn – gaat Kim spontaan herkennen hoe moeder haar eigen angst en onmacht hanteert door net als zij in de aanval te gaan en te gaan beschuldigen, en hoe dit thuis steeds tot oplopende discussie tussen hen leidt. Tegelijk is het daarmee duidelijk dat er geen sprake meer is van een 'gestoord' kind naast 'normale' ouders, maar interactiepatronen waarin alle gezinsleden betrokken zijn en die bij Kim aanleiding geweest zijn voor de aanmeldingsproblemen.

Epiloog

De MBT-F-behandeling van gezinnen met jongeren met ernstige persoonlijkheidsstoornissen vormt een van de grootste uitdagingen voor hulpverleners. De spanning loopt vaak hoog op in de gesprekken, de crisissen loeren steeds om de hoek, ouders en jongeren worstelen vaak met ingewikkelde emoties. Dit vraagt een intensieve samenwerking van het MBT-A team, de ouders en de jongeren. Wanneer de positieve ervaringen van deze gezinnen met de hulpverlening werken en de machteloosheid en wanhoop afnemen, kunnen de gezinnen weer zelf de regie over hun leven nemen en vasthouden. Dit intensieve proces met bijzondere aandacht voor consistentie, geeft de duidelijkheid en betrouwbaarheid in de hulpverleningsrelatie, die zijn weerslag heeft op het gezin. In dit artikel hebben we willen aantonen wat de betekenis is van de integratie van een gezinsbehandeling in de behandeling van jongeren met een ernstige persoonlijkheidsstoornis.

Samenvatting

Mentalization-Based Treatment for Families (MBT-F) is een behandelingsmethode die goed kan worden gebruikt als onderdeel van een behandeling voor jongeren met (ernstige) persoonlijkheidsstoornissen. De behandelfocus ligt dan op het bevorderen van het mentaliseren van de verschillende

gezinsleden over zichzelf en elkaar, om zo de vaak problematische en escalerende interacties in het gezin te verbeteren en het competentiegevoel van ouders over hun opvoeding te verbeteren. Dit kan weer bijdragen aan het verbeteren van het persoonlijkheidsfunctioneren van de jongere. Het is belangrijk dat MBT-F goed geïntegreerd is in een coherent behandelingsplan, zodat het geen eilandje in de behandeling vormt. In dit artikel wordt geïllustreerd hoe dit kan vorm krijgen, onder meer door afstemming van behandelplannen en evaluaties, het realiseren van continuïteit tussen gezins-, individuele en groepstherapie en het integreren van interventies in de diverse contexten van het kind, zoals gezin en school. Een vignette illustreert het behandelproces van een MBT-F therapie als onderdeel van de totale behandeling.

Met dank aan Karin Wagenaar

Drs. M.G. Elfring, Klinisch psycholoog, systeemtherapeut en supervisor/opleider, Systeemtherapeut en psychotherapeut in de Viersprong, MBT Unit te Bergen op Zoom. mary.elfring@deviersprong.nl

Dr. J. Huisebaut, GZ-psycholoog, De Viersprong, MBT Nederland, Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. joost.huisebaut@mbtmederland.nl

Drs. D.L. Bales, Klinisch psycholoog-psychotherapeut, directeur MBT Nederland. dawn.bales@mbtmederland.nl

Literatuur

- Asen, E. & Fonagy, P. (2011). MBT-F: Mentalization-Based Family Therapy. In A.W. Bateman & P. Fonagy (eds.) *Handbook of mentalizing in Mental Health Practice (107-128)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Asen, E. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Therapeutic Interventions for Families. *Journal of Family Therapy, 34* (4), 347-370.
- Bates, D. (2012). Mentalization-Based Treatment voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In: T.J.M. Ingenhoven, A.C. van Reekum, J.B. van Luyt, P. Luyten *Handboek borderline persoonlijkheidsstoornis. Uitgeverij De Tijdstroom*, Hst 5; 111-127.
- Bateman, A., & 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.
- Bevington, D. & Fuggle, P. (2012). Supporting and enhancing mentalization in community outreach teams working with 'Hard-to-Reach' Youth: The AMBIT approach. In N. Midgley, & Vrouva, I. (eds.) *Minding the child: mentalization-based interventions with children, young people and their families*
- Blakemore, S.J. (2008). The social brain in adolescence. *Nature Review Neuroscience*, 9, 267-277.
- Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach*. New York: Guilford Press.
- Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent Breakdown and emerging Borderline Personality Disorder. In A.W. Bateman & P. Fonagy (eds.) *Handbook of mentalizing in Mental Health Practice* (463-509). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Deković, M. (2000). Opvoedingsproblemen in (pre)adolescentie. Implicaties voor onderzoek en hulpverlening. *Kind en Adolescent*, 21, 193-210.
- Deković, M. Groenendaal, J.H.A., & Gerrits, L.A.W. (1996). *Opvoederkenmerken*. In: *J.Rispens, J.M.A. Hermanns & W.H.J. Meeus (Red.)*, Opvoeden in Nederland (pp 70-94). Assen: van Gorcum.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21 (4), 1355-1381.
- Furman, B. (2012). The amazing Flowerpot theory: the three most important common factors and how to put the to work. VKJP congres: Adolescenten: wat maakt het verschil, Zaandam, 11 oktober 2012.
- Hutsebaut, J. (2009b). Mentaliseren in de adolescentie. *Tijdschrift Kinder en Jeugdpsychotherapie*, 36 (3), 34-52.
- Keaveny, E., Bevington, D., Midgley, N., Asen, E., Fearon, P., Fonagy, P., Jennings-Hobbs, R., & Wood, S. (2012). Minding the family mind: the development and initial evaluation of mentalization-based treatment for families. In N. Midgley, & Vrouva, I. (eds.) *Minding the child: mentalization-based interventions with children, young people and their families*.
- McDermott, P.A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 53-65.

- Miller, A.L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Muller, N. & ten Kate, C. (2008). Mentaliseren Bevorderende Therapie in relaties en gezinnen. *Systeemtherapie*, 20 (3), 117-132.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A.B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (6), 563-573.
- Tiddly Manuals (2010). MBT-F Manual (2010) te vinden via <http://www.tiddlymanuals.com>

