

# Transference-focused psychotherapie en mentaliseren in de klinische psychotherapie; een kwestie van vorm én vent

C.G. KOOIMAN, G.H. KUIPERS, CH. HUFFSTADT

**ACHTERGROND** Principes van milieutherapie en een algemeen psychodynamisch referentiekader bleken te breed om tot een eenduidige werkwijze binnen de klinische psychotherapie te komen. Transference-focused psychotherapie (TFP) en mentalization-based treatment (MBT) zijn twee psychodynamische psychotherapievormen ontwikkeld voor de ambulante praktijk. Beide therapiemodellen zijn potentieel geschikt om ook klinische psychotherapie vorm te geven, maar ze hebben theoretisch en praktisch enkele fundamenteel verschillende uitgangspunten.

**DOEL** Het implementeren van een op TFP gebaseerd referentiekader gecombineerd met MBT-principes op een afdeling voor klinische psychotherapie. Dit om eenduidige handvatten te geven voor een multidisciplinaire werkwijze, waarbij voornamelijk groepstherapeutisch wordt gewerkt.

**METHODE** We expliciteren de uitgangspunten en werkwijzen van beide psychotherapiemodellen en operationaliseren deze voor de verschillende behandel disciplines en voor het werken in groepen.

**RESULTATEN** Vanuit een theoretisch-pragmatisch perspectief blijkt het MBT-model het TFP-model uitstekend te complementeren. Het aangepaste TFP-model blijkt ook goed toepasbaar in een groepspsychotherapeutische setting. Aan de hand van het geëxpliciteerde referentiekader konden de werkwijzen van de verschillende disciplines beter op elkaar worden afgestemd. Het werken met video-observaties, zoals bij TFP gebruikelijk, droeg daar in belangrijke mate aan bij.

**CONCLUSIE** Het werken met een voor de klinische psychotherapie geoperationaliseerd en met MBT-principes verrijkt TFP-model was succesvol voor het optimaliseren van het behandelaanbod.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)12, 939-948]

**TREFWOORDEN** implementatie, klinische psychotherapie, mentalization-based treatment, MBT, persoonlijkheidsstoornis, transference-focused psychotherapie, TFP

Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma (CPJ) is een centrum voor klinische psychotherapie waar patiënten worden behandeld voor ernstige cluster A-, cluster B- en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen in DSM-IV-TR-termen. Op het CPJ waren de principes van de milieutherapie (Janzing e.a. 2003) en een algemeen psychodyna-

misch referentiekader sturend voor het behandelbeleid.

Omdat in de loop van de tijd de bestaande behandelprincipes onvoldoende eenduidig bleken, werd besloten vanuit expliciete referentiekaders te gaan werken waarbij gebruik zou worden gemaakt van empirisch ondersteunde psychothe-

rapiemodellen conform de multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling 2008). De verschillende empirisch ondersteunde psychotherapiemodellen zijn echter ontwikkeld voor de ambulante of dagklinische praktijk, wat betekende dat bestaande modellen geoperationaliseerd moesten worden voor de setting van de klinische psychotherapie. Eerder was dat elders al gedaan voor schematherapie (Thunnissen & Muste 2002) en *mentalization-based treatment* (MBT) (Vermote e.a. 2009).

Voor het CPJ werd besloten om patiënten met voornamelijk cluster A-persoonlijkheidsstoornissen te behandelen met MBT (Blom & Colijn 2012), die met cluster B-persoonlijkheidsstoornissen met dialectische gedragstherapie (DGT) (van den Bosch e.a. 2013) en die met cluster C-persoonlijkheidsstoornissen met *transference-focused* psychotherapie (TFP). In dit artikel beschrijven wij wat de argumenten waren om TFP als behandelmodel te kiezen voor de patiënten met cluster C-persoonlijkheidsstoornissen en wat de aanleiding was om het TFP-model te complementeren met principes van het MBT-model. Vervolgens geven we in hoofdlijnen een korte beschrijving van zowel het TFP- als het MBT-model en wordt aangegeven hoe ze beide als ‘vorm én vent’ elkaar aanvullen. Vervolgens wordt de implementatie in de praktijk besproken. Het artikel besluit met een discussie waarin we met name de gevolgen van het implementatieproces bespreken.

#### DE KEUZE VOOR TFP GECOMPLEMENTEERD MET MBT

Op de betreffende afdeling worden drie gelijke groepen van negen patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis behandeld. De meeste patiënten zijn jongvolwassenen, hebben in de regel al meerdere ambulante behandelingen achter de rug en zijn maatschappelijk vastgelopen. Bijna alle patiënten hebben onderliggend aan de DSM-IV-persoonlijkheidsstoornis in psychodynamische termen een borderlinestructuur

(Kernberg 1984) en worstelen met interpersoonlijke verhoudingen die veelal verstoord raken door de neiging om problemen op een passief-agressieve wijze op te lossen. Omdat TFP (Clarkin e.a. 2006) een objectrelationele therapie is, bedoeld voor patiënten met een borderlinestructuur en met speciale aandacht voor de agressieregulatie werd deze therapievorm bijzonder geschikt gevonden voor de behandeling van deze patiëntengroep. Bij de keuze was tevens van belang dat enkele medewerkers al praktische ervaring hadden in de ambulante behandeling van patiënten met TFP. Daarbij waren zij overigens al gewend geraakt om systematisch gebruik te maken van MBT-interventies, met name wanneer het niveau van mentaliseren dat nodig maakte (Kooiman e.a. 2007).

#### TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPIE EN MENTALISEREN

TFP en MBT zijn beide psychotherapievormen die voortkomen uit de psychoanalyse, maar ze onderscheiden zich op een aantal punten. In tabel 1 vatten we belangrijke kenmerken van beide therapiemodellen samen, zoals visie op het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen, de missie of het behandeldoel welke daaruit voortvloeit en de daarbij passende behandelstrategie. Tot slot geven we aan hoe TFP en MBT complementair aan elkaar zijn en hoe beide modellen elkaar kunnen ondersteunen. Voor uitgebreidere, Nederlandse beschrijvingen van beide therapiemodellen wordt naar literatuur elders verwezen (Colijn & ten Kate 2009; Kooiman 2009).

#### Het TFP-model

TFP is ontwikkeld als een ambulante, individuele therapie die tweemaal per week wordt aangeboden. TFP is een therapiemodel met als kernvisie dat ernstige persoonlijkheidsstoornissen veelal ontstaan en persisteren door een combinatie van heftig temperament en ervaren verwaarlozing, mishandeling en/of misbruik.

TABEL 1 Accentverschillen tussen *transference-focused psychotherapie (TFP)* en *mentalization-based treatment (MBT)* in visie, missie en strategie

	TFP	MBT
visie	ernstige persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door gesplitste zelf-objectrepresentaties die mede door de eigen agressie ontstaan en in stand worden gehouden	ernstige persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt en in stand gehouden door een beperkt vermogen tot mentaliseren. Agressie is dikwijls secundair aan de frustratie van natuurlijke verlangens/behoeften
missie	bevorderen van genuanceerde, gedifferentieerde en flexibele zelf-objectrepresentaties	bevorderen van een flexibeler en adequater niveau van mentaliseren
strategie	accent op wát aan anderen en aan de therapeut wordt beleefd (inhoud). Dus focus op manifeste dyaden	accent op hóé anderen (en de therapeut) worden beleefd (vorm). Dus focus op aard en niveau van mentaliseren

Binnen het TFP-model wordt verondersteld dat ongunstige vroege ervaringen leiden tot weinig gedifferentieerde zelf-objectrepresentaties waarin men zichzelf in relatie tot belangrijke anderen en die anderen zelf of als ongenueanceerd goed of ongenueanceerd slecht beleeft. Deze weinig gedifferentieerde of primitieve zelf-objectrepresentaties zijn afleidbaar uit de fantasieën van de patiënt en uit de min of meer stereotiepe manier waarop deze met anderen contact legt. Deze min of meer stereotiepe manieren van de contactname worden ook wel dyaden genoemd. Bijvoorbeeld die van een voorbeeldige, gehoorzame persoon en een volmaakt zorgzame ander of die van een verwaarloosde persoon en een onverschillige, verwaarlozende ander.

Volgens de TFP-theorie worden de positief en negatief gekleurde zelf-objectrepresentaties krampachtig uit elkaar gehouden uit angst dat de negatief gekleurde gevoelens en gedachten de positieve zullen vernietigen. De eigen, dikwijls heftige, agressie wordt binnen het TFP-model hierbij een belangrijke, veroorzakende en onderhoudende rol toegeschreven. Het zijn deze ongenueanceerde zelf-objectrepresentaties, die in andere therapievormen ook wel basale assumpties of werkmodellen worden genoemd, die werken als een blauwdruk of een mal waarmee nieuwe relaties telkens weer worden ervaren én vormgegeven en waardoor de interpersoonlijke problematiek gekenmerkt door idealiseren en devalueren, wordt gecontinueerd.

Met deze visie op de psychopathogenese als uitgangspunt is de daaruit volgende missie van TFP het bevorderen van meer geïntegreerde en meer genuanceerde zelf-objectrepresentaties die flexibel zijn; dat wil zeggen dat ze niet alleen de ‘werkelijkheid’ filteren, maar zich ook door de ‘werkelijkheid’ laten corrigeren. De verwachting is dat men daardoor minder interpersoonlijke conflicten opdoet en men beter voorbereid is op de eisen die in het leven aan iemand worden gesteld.

Strategisch pakt de TFP-therapeut deze problematiek aan door in de behandeling de aandacht te richten op de stereotiepe dyaden zoals die zich in de therapie manifesteren door het verhaal van de patiënt of door diens gedrag, door de patiënt uit te dagen diens klaarblijkelijke vooronderstellingen te toetsen met de ‘werkelijkheid’ en zodoende de primitieve afweer die de splitsing in stand houdt, te bewerken. Een belangrijk accent ligt hierbij op het bespreken van de dyade zoals die manifest wordt in de interactie tussen de patiënt en de therapeut. Daarom wordt deze therapie een overdrachtsgerichte therapie genoemd. De therapeut stoelt zijn of haar interventies op drie bronnen van informatie: verbaal (anamnese), non-verbaal (observatie) en de tegenoverdracht. De tegenoverdracht is per definitie deels aan de therapeut onbewust en kan daardoor leiden tot mispercepties en misinterpretaties van belangrijke signalen. Om deze reden wordt bij TFP-behandelingen in de regel gebruik gemaakt van videoregistratie, zodat in de intervisie ook dit aspect aan bod kan komen.

### Mentalization-based treatment

MBT (Bateman & Fonagy 2004) is in eerste instantie ontwikkeld als een dagklinische behandelvorm voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar wordt ook toegepast als ambulante therapie in een combinatie van groepspsychotherapie en individuele therapie (Bateman & Fonagy 2009). MBT rust in belangrijke mate op de gehechtheidstheorie van Bowlby (2000). Deze heeft als kernvisie dat ernstige persoonlijkheidsstoornissen geassocieerd zijn met een onveilige, dikwijls ongeorganiseerde, gehechtheidstijl met bijpassende interne werkmodellen (of zelf-objectrepresentaties) waarin men zichzelf niet kan ervaren als iemand die voor de ander voldoende de moeite waard is en men de ander niet kan ervaren als een voldoende betrouwbaar gehechtheidsfiguur. Centraal in de theorie staat dat een onveilige gehechtheid geassocieerd is met een beperkt vermogen tot mentaliseren, en dat juist dit beperkt vermogen tot mentaliseren die primitieve zelf-objectrepresentaties in stand doet houden.

Mentaliseren wordt gedefinieerd als de vaardigheid om eigen gedrag en dat van anderen te kunnen begrijpen als gemotiveerd door interne condities zoals behoeften, verlangens, gevoelens, bedoelingen en dergelijke. Het begrip ‘mentaliseren’ is recent nader gedefinieerd als een multidimensioneel construct en deze definitie was richtinggevend voor de invulling van ons behandelprogramma (Fonagy e.a. 2012).

**Dimensies** Er worden vier dimensies aan het construct ‘mentaliseren’ onderscheiden. Allereerst de dimensie automatisch of impliciet/onbewust versus gecontroleerd of expliciet/bewust. Het impliciet mentaliseren gebeurt als vanzelf en zonder expliciet bewustzijn; het vindt plaats op procedureel niveau. Het expliciet mentaliseren is daarentegen een (doel)bewuste activiteit die inspanning vergt in de zin van doelgerichte reflectie en de daarbijbehorende pogingen om de ervaren gevoelens en gedachten adequaat te verbaliseren; het vindt plaats op declaratief niveau.

De tweede dimensie is die van het extern versus intern gericht mentaliseren. Bij het extern gericht mentaliseren ligt het accent op het waarneembaar gedrag van zichzelf of de ander, bij het intern gericht mentaliseren ligt het accent op de eigen of andermans binnenwereld (intenties, gevoelens, etc).

De derde dimensie is die waarbij het accent ligt op het mentaliseren over zichzelf versus op het mentaliseren over de ander. Tot slot wordt een cognitief-affectieve dimensie onderscheiden waarbij het accent meer of minder ligt op de cognitieve of op de affectieve pool.

Men spreekt van een adequate manier van mentaliseren wanneer men al naar gelang de noodzaak van de omstandigheden op de verschillende dimensies flexibel tussen de verschillende polen kan mentaliseren en wanneer de kwaliteit van het mentaliseren niet is blijven hangen in een van de primitievere mentalisatievormen (equivalente, teleologische en *pretendmodi*; Colijn & ten Kate 2009; Fonagy e.a. 2012). Het uitgangspunt is dat ook patiënten met een borderlinestoornis wel in staat zijn tot adequaat mentaliseren, maar dat deze vaardigheid makkelijker verloren gaat wanneer onder spanningsvolle omstandigheden de emoties hoger oplopen.

**Uitwerking** Met deze visie op de pathogenese van een ernstiger persoonlijkheidsstoornis als uitgangspunt is de daaruit volgende missie van MBT het bevorderen van een flexibeler en adequater niveau van mentaliseren in de verwachting, analoog aan TFP, dat daarmee de interne werkmodellen over zichzelf en anderen meer genuanceerd en flexibel worden.

Strategisch pakt de MBT-therapeut deze problematiek aan door in de behandeling de aandacht te richten op disfuncties in het mentaliseren en het verstorend effect daarvan op het interpersoonlijk functioneren. Speciale aandacht heeft de MBT-therapeut daarbij voor de ‘affectieve arousal’ van de patiënt en de potentieel ontregelende rol die de therapeut zelf in dezen heeft. Om deze reden zal, anders dan een TFP-therapeut, een MBT-thera-

peut ook niet snel de overdracht bespreken, omdat dat naar verwachting ontregelend zou kunnen werken. Het accent van de behandeling ligt, anders dan bij TFP, niet primair op wát er aan de orde is (de dyaden), maar hóé dat wat aan de orde is, wordt beleefd en begrepen (aard en kwaliteit van mentaliseren).

Vanuit dit perspectief vullen MBT en TFP elkaar dus goed aan; bij MBT ligt het accent meer op de vorm van het psychisch functioneren, bij TFP meer op de inhoud (Allen e.a. 2012). In dat opzicht lijkt de, wellicht spoedig achterhaalde, discussie van voorstanders van het ene of andere model erg op de ‘Vorm of Vent’-discussie in de Nederlandse literatuur (Oversteegen 1970). Dit betrof een heftige discussie in Nederland in de tijd tussen beide wereldoorlogen waarbij sommige dichters het standpunt innamen dat de kwaliteit van een gedicht bepaald werd door de vorm en hun tegenstanders meenden dat die vorm-dichters sierpoëzie schreven en dat de kwaliteit van een gedicht bepaald wordt door de inhoud, dus door het standpunt van de schrijver (vent). Maar zoals een standpunt zonder goede vorm, geen (mooi) gedicht oplevert, zo kan naar onze overtuiging een psychotherapie die niet rekening houdt met inhoud én vorm, geen goed resultaat opleveren.

#### IMPLEMENTATIE IN DE PRAKTIJK

**TFP en MBT** De in het voorgaande beschreven klinisch-theoretische achtergrond was op onze polikliniek geleidelijk aan leidend geworden. Evenals anderen (Higa & Gedo 2012) merkten wij dat TFP-behandelingen nogal eens beter liepen wanneer de therapeut het affect niet te hoog liet oplopen en oog hield voor de aard en de kwaliteit van het mentaliseren, daarbij gebruik makend van MBT-technieken. In tweede instantie hielp het ook om het samenhangend behandelen in de kliniek vorm te geven waarbij aan de verschillende disciplines binnen dit integratieve model onderscheiden taken konden worden toebedeeld. Een speciaal punt van aandacht was daarbij dat TFP ontwikkeld is als een individuele psychotherapie,

terwijl op de afdeling vooral groepstherapeutisch wordt gewerkt. In het navolgende beschrijven we eerst het proces van de implementatie en vervolgens schetsen we in hoofdlijnen de functie van de verschillende disciplines.

De psychotherapeuten van de afdeling volgden een TFP-opleiding alsmede diverse MBT-cursussen. Vervolgens bestudeerden alle medewerkers van de afdeling relevante literatuur die gezamenlijk werd besproken en bediscussieerd. Vervolgens werd besloten om zich al werkend het nieuwe model eigen te maken. Hiertoe werd in alle therapievormen gebruik gemaakt van videoregistratie ten behoeve van de intervisie. Regelmatig namen alle medewerkers deel aan theoretisch-technische seminars en eens in de maand werd de wekelijkse intervisie gesuperviseerd door de eerste auteur, gecertificeerd TFP-docent/supervisor en ondertussen elders werkzaam. Op internationale congressen (Kooiman & Huffstadt 2011) en op werkbezoek bij een collega-instelling in het buitenland verkregen we feedback van TFP-collega's.

#### Algemene kenmerken

Het betreft een klinische psychotherapie van vier dagen per week gedurende negen maanden. Milieutherapie is de basis van de behandeling die wordt geïmplementeerd met groepstherapie (tweemaal per week), psychomotore therapie en dramatherapie (elk driemaal in de twee weken) en systeemtherapie.

#### De behandelcoördinator

De behandelcoördinator, een psychiater of psychotherapeut, bespreekt voor aanvang van de eigenlijke behandeling in de zogenoemde contractfase met de patiënt en diens sleutelfiguren wat de (on)mogelijkheden van de therapie zijn en de randvoorwaarden waarop de therapie de beste slagingskans heeft. De behandelcoördinator is eindverantwoordelijk voor het individuele behandelplan en evalueert op gezette tijden met de patiënt de voortgang van de behandeling.

## Sociotherapie

De sociotherapeut heeft voor de patiënt een belangrijke steunende en structurerende functie. De sociotherapeut helpt de patiënt zo nodig herinneren aan de zogenoemde contractpunten, heeft aandacht voor het algemeen psychohygiënisch functioneren (dagritme, studie/werk, middelengebruik, plezier maken) en is voor de patiënt een duidelijk zichtbaar rolmodel voor impulscontrole, affectregulatie en herstellen van contactbreuken. Door de intensieve manier van samenleven zullen de patiënten makkelijk overdrachtsgevoelens ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de sociotherapeuten kunnen ontwikkelen. De sociotherapeut zit dus in een centrale positie om de patiënt te helpen zien welke dyaden de patiënt geneigd is te re-creëren, wat de rigiditeit daarvan is en wat de destructieve werking ervan is op het interpersoonlijk functioneren.

## Psychomotorische therapie

Bij psychomotorische therapie wordt door de oefeningen spontaan gedrag uitgelokt, dat door de onderliggende werkmodellen is bepaald. Dominante interactiepatronen of dyaden worden tijdens de PMT dus relatief makkelijk zichtbaar. De psychomotorisch therapeut zal het impliciet/onbewust functioneren proberen expliciet te maken door de patiënt uit te nodigen het waarneembare gedrag te relateren aan diens (cognitieve en affectieve) binnenwereld. Wanneer de psychomotorisch therapeut op een zachtmoedige wijze daarbij de hulp inschakelt van medepatiënten in de groep, dan oefenen de groepsleden ook in het mentaliseren van wat zij bij een ander kunnen waarnemen. Dit gebeurt met name wanneer in het spel de emoties hoger oplopen, bijvoorbeeld in oefeningen waarin thema's zoals afstand en nabijheid, impulsregulatie, afhankelijkheid van en controle over het gedrag van anderen centraal staan. Bij PMT staat dus centraal het manifest en bewust worden van procedurele zaken zoals werkmodellen, het herkennen van daarbij passende lichaams-

signalen en het leren verbaliseren (declaratief niveau) met behulp van de psychomotorisch therapeut en de groepsleden.

## Dramatherapie

Ook dramatherapie biedt de mogelijkheid om het mentaliseren in al zijn dimensies te versterken zoals door een toegenomen bewustzijn van het automatisch functioneren en de invloed daarvan op anderen. Daarenboven biedt dramatherapie de mogelijkheid om binnen een zichtbare dyade vertrouwde posities uitvergroot te spelen, complementaire rollen of posities te spelen, of om zelfs tegenovergestelde dyaden te spelen en daardoor meer begrip voor zichzelf en anderen te krijgen. Belangrijke levensepisoden kunnen ook nagespeeld worden zoals men deze heeft beleefd en zoals het zou hebben kunnen zijn om een cognitief-affectieve verdieping te krijgen. Bij dramatherapie ligt het accent dus op het expliciet mentaliseren en het bewust, gecontroleerd oefenen (en ervaren) van gedragsalternatieven bij andere, uiteindelijk meer adaptieve dyaden.

## Systeemtherapie

Systeemtherapie neemt een belangrijke plaats in, mede omdat veel patiënten als jongvolwassenen nog in relevante mate afhankelijk zijn van ouders en andere gezinsleden. De systeemtherapeut krijgt het best zicht op dyaden zoals die zich in de natuurlijke leefomgeving van de patiënt manifesteren en onderhouden worden. De systeemtherapeut krijgt daarnaast ook goed zicht op de specifieke conflictsituaties die het mentaliseren beperken.

## Groepspsychotherapie

Bij psychoanalytische groepspsychotherapie kunnen grofweg twee hoofdvarianten worden onderscheiden. Een variant waarbij het focus vooral gericht is op het functioneren van de verschillende personen in de groep (Berk 2005; Rutan

e.a. 2007; Yalom 1995) en een andere variant waarbij het focus meer ligt op de groepsprocessen (Bion 1961; Foulkes 1975). Karterud en Bateman (2012) spreken een voorkeur uit voor de eerste variant, Kernberg (2012) voor de tweede. Op geleide van Bellow (2003) hebben wij wederom gekozen voor een gecombineerde aanpak. Dat betekent dat de therapeut een actief zoekende houding heeft en groepsgerichte en individuele interventies afwisselt al naar gelang het groepsproces dat nodig heeft.

Bij de groepspsychotherapie worden de ervaringen die deelnemers opgedaan hebben bij de andere therapievormen verdiept en geïntegreerd doordat de al dan niet reeds bewust geworden dyaden verder worden geëxpliciteerd door bewerking van de verschillende overdrachtsmanifestaties: tussen groepsleden onderling, tussen groepsleden en therapeut, tussen groepsleden en de groep als geheel en tussen verschillende subgroepen. De typische TFP-interventies clarificeren (exploreren) en confronteren, met de nadruk op het mentaliserenbevorderende clarificeren, worden toegepast in alle therapie-modaliteiten. In de groepspsychotherapie kan de nadruk meer liggen op confrontatie en interpretatie.

## DISCUSSIE

Daar de gemeenschappelijke basis die sturing geeft aan het behandelbeleid te impliciet en onduidelijk was geworden, ontstond opnieuw behoefte aan een geëxpliciteerd klinisch-theoretisch referentiekader dat inhoud en onderlinge afstemming van de verschillende behandelmodules kon helpen vormen. De keuze viel op TFP gecombineerd met principes uit de MBT, omdat dit goed aansloot bij de problemen van de doelgroep. Dat leidde voor veel medewerkers tot een basaal andere kijk op hun patiënten. Voordat met TFP werd gewerkt, zag men de patiënt vaak vooral als slachtoffer van ongunstige levensomstandigheden. Werkend met het TFP-model werd dit minder vanzelfsprekend en kon men complementair daaraan ook oog hebben voor de patiënt als regisseur van zijn of haar actuele moeilijke-

den. Met name passief-agressieve manoeuvres werden hierdoor makkelijker zichtbaar.

Implementatie van het met MBT gecombineerd TFP-model heeft als resultaat dat het gewoon is geworden om in alle therapie-modules de aard en het niveau van mentaliseren van de groep als geheel en van de afzonderlijke individuen van de groep te beoordelen. Daarnaast is een vast thema geworden welke dyaden manifest zijn, zowel voor de groep als geheel als voor de afzonderlijke subgroepen en individuen binnen de groep. Beide, naar vorm en inhoud zo (tentatief!) geëxpliciteerd, vormen de gemeenschappelijke taal waarin de behandeling vorm wordt gegeven en beide zijn sturend voor de interventies waarbij in de regel vorm voor inhoud gaat daar het voor een patiënt moeilijk is om een interventie te vatten als het mentaliseren gecompromitteerd is. 'Vorm én vent' dus.

Bij de ontwikkeling van het behandelprogramma werd niet alleen gekeken waarin behandelmodellen van elkaar verschillen (Verheugt-Pleiter & Deben-Mager 2006), maar vooral waar ze complementair aan elkaar zijn en hoe ze elkaar kunnen versterken. Dit past goed bij recente ontwikkelingen waarbij men rekening houdt met algemeen werkzame therapiefactoren zoals een expliciet en consistent behandelprogramma (Weinberg e.a. 2011) en men zich realiseert dat verschillende therapie-modellen in empirische studies ongeveer even effectief lijken, maar wat betreft visie, behandeldoel en strategie verschillen en dus voor individuele patiënten meer of minder geschikt zijn. Dit laatste levert ook in de internationale literatuur een pleidooi op om met name de complementariteit van de verschillende therapie-modellen te onderzoeken en te gebruiken (Livesley 2012; Sollberger & Walter 2010), hetgeen op verschillende plekken ook al gebeurt. Zo combineren Higa en Gedo (2012) in een ambulante behandeling TFP en MBT en Rivera en Darke (2012) in een dagklinisch programma eveneens TFP en MBT, maar dan voorafgegaan door een fase van dialectische gedragstherapie.

De implementatie van TFP impliceerde een revolutionaire breuk met de geëigende manier van werken. Vanwege het accent in TFP op de tegenoverdracht bij de teamleden en de betekenis daarvan voor diagnostiek en behandeling, was een van de eerste stappen om alle therapieactiviteiten op video op te nemen ten behoeve van de intervisies. Besprekingen over het behandelbeloop zijn dus niet meer alleen mondeling, maar de intervisiegenoten kunnen 'live' mee gaan zien wat er feitelijk tijdens de sessies gebeurt.

Dit heeft een tweeledig effect. Het TFP-specifieke aspect is het ondersteunende effect op de behandelaars die door de intervisiegenoten op de niet-onderkende tegenoverdrachtsreacties kunnen worden gewezen, hetgeen de behandeling ten goede komt en wat – indien constructief gedaan – bijdraagt aan een positieve sfeer op de afdeling. Het tweede effect is minstens zo belangrijk, maar niet TFP-specifiek. Door het gebruik van video's voor de intervisie kregen de teamleden goed zicht op het werk van de verschillende disciplines en werd ook duidelijk dat krachtiger en meer complementair gebruik kon worden gemaakt van de verschillende behandelactiviteiten.

Gaande de jaren bleek dat verschillende behandelactiviteiten (groepspsychotherapie, sociotherapie, dramatherapie en PMT) erg op elkaar waren gaan lijken, als verschillende versies van verbale psychotherapie. De kracht van de eigen methodiek werd te weinig uitgebuit doordat de vaktherapeuten te veel de passief-afwachterende houding van de klassiek psychoanalytische therapeut aannamen; een houding die niet past bij een drama- of PMT-therapeut, maar zeker ook niet bij die van een TFP-therapeut. Als reactie op dit laatste aspect hebben de therapeuten van de vakdisciplines hun behandelactiviteiten meer geëxpliciteerd. Sturend hierbij zijn met name de verschillende aspecten die in MBT aan het mentaliseren worden onderscheiden.

Het zou mooi zijn geweest als we een (historisch) vergelijkend onderzoek hadden kunnen doen naar de aanvaardbaarheid en de effectiviteit van de behandeling voor en na implementatie van

het nieuwe behandelmodel. Om praktische redenen is dat echter niet mogelijk. De implementatie van het nieuwe behandelmodel is geleidelijk gegaan en daardoor is niet een duidelijk markeringpunt aan te wijzen wanneer nog volgens het oude model gewerkt werd en sinds wanneer met het nieuwe. Daarnaast hebben zich in de loop van de tijd meer veranderingen voorgedaan, zoals een verkorting van de behandelduur van 12 naar 9 maanden, een inkrimping van het personeelsbestand en de implementatie van routine outcome monitoring. Daartegenover kan men echter wel stellen dat het behandelprogramma zoals het nu is geformuleerd, een goed uitgangspunt biedt om bijvoorbeeld ontmantelingsstudies te doen.

## CONCLUSIE

TFP en MBT zijn beide empirisch ondersteunde behandelingen voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Ze komen beide voort uit de psychoanalytische traditie, maar ze verschillen op belangrijke aspecten zoals visie op psychiatrische stoornissen en de daaruit voortvloeiende behandeldoelen en -strategieën. Lange tijd werden ze gezien als elkaar beconcurrerende behandelmodellen. Conform actuele ontwikkelingen blijken beide modellen als 'vorm én vent' uitstekend complementaire bouwstenen te leveren voor een consistent en goed te expliciteren behandelprogramma klinische psychotherapie.

## LITERATUUR

- Allen JG, O'Malley F, Freeman C, Bateman AW. Brief treatment. In: Bateman AW, Fonagy P, red. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington/London: American Psychiatric Publishing; 2012. p. 159-97.
- Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder; mentalization-based treatment. Oxford/New York: Oxford University Press; 2004.
- Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1355-64.



- Berk TJC. *Leerboek Groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2005.
- Billow RM. *Relational Group Psychotherapy, from basic assumptions to passion*, London/New York: Kingsley; 2003.
- Bion W. *Experiences in groups*. New York: Basic Books; 1961.
- Blom J, Colijn S. Klinische variant van mentaliserenbevorderende therapie voor patiënten met cluster A-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 377-82.
- Bosch van den LMC, Sinnaeve R, Nijs M. Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderline persoonlijkheidsstoornis: ontwerp van programma en resultaten pilotstudie. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 165-75.
- Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds*. London/New York: Routledge; 2000 (1ste dr. 1979).
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality; focusing on object relations*. Washington DC/London: American Psychiatric Publishing; 2006.
- Colijn S, ten Kate C. Mentaliserenbevorderende therapie (MBT) bij persoonlijkheidsstoornissen. In: Colijn S, Snijders H, Thunissen M, Bögels S, Trijsburg W. *Leerboek psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 693-702.
- Fonagy P, Bateman AW, Luyten P. Introduction and overview. In: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington/Londen: American Psychiatric Publishing; 2012. p. 3-43.
- Foulkes SH. A short outline of the therapeutic processes in group-analytic psychotherapy. *Group Analysis* 1975; 8: 60-3.
- Higa JK, Gedo PM. Transference interpretation in the treatment of borderline personality disorder patients. *Bull Menninger Clin* 2012; 76: 195-210.
- Janzing C, Kruisdijk F, van den Berg A. *Handboek voor milieutherapie/2; theorie en praktijk van de klinische psychotherapie*. Assen: Van Gorkum; 2003.
- Karterud S, Bateman AW. Group Therapy Techniques. In: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington/Londen: American Psychiatric Publishing; 2012. p. 81-107.
- Kernberg OF. Severe personality disorders; psychotherapeutic strategies. New Haven/London: Yale University Press; 1984.
- Kernberg OF. Psychoanalytic individual and group psychotherapy; the transference focused psychotherapy (TFP) model. In: Kernberg OF. *The inseparable nature of love and aggression; clinical and theoretical perspectives*. Washington DC/Londen: American Psychiatric Publishing; 2012. p. 31-57.
- Kooiman K. Overdrachtsgerichte psychotherapie (TFP) bij persoonlijkheidsstoornissen. In: Colijn S, Snijders H, Thunissen M, Bögels S, Trijsburg W. *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 703-14.
- Kooiman CG, Kuipers GH, Blom J. Psychoanalytische behandelingen voor borderline patiënten; Transference Focused Therapie (TFP) en Mentalization Based Treatment (MBT). Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Maastricht, 2007.
- Kooiman K, Huffstadt Ch. Transference Focused Psychotherapy in a Dutch clinical facility for cluster C / high level borderline patients; finding the perfect team. 3rd TFP International Conference. White Plains, New York, 2011.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Livesley WJ. Moving beyond specialized therapies for borderline personality disorder: the importance of integrated domain-focused treatment. *Psychodynamic Psychiatry* 2012; 40: 47-74.
- Oversteegen JJ. *Vorm of vent: Opvattingen over de aard van het literaire werk in de Nederlandse kritiek tussen de twee wereldoorlogen (2de dr.)*. Amsterdam: Atheneum-Polak & Van Genneep; 1970.
- Rivera M, Darke JL. Integrating empirically supported therapies for treating personality disorders: a synthesis of psychodynamic and cognitive-behavioral group treatments. *Int J Group Psychother* 2012; 62: 501-29.
- Rutan JS, Stone WN, Shay J. *Psychodynamic group psychotherapy (4de dr.)*. New York: Guilford Press; 2007.
- Sollberger D, Walter M. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschr Neurol Psychiat* 2010; 78: 698-708.
- Thunissen MM, Muste EH. Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2002; 28: 385-401.
- Yalom ID, *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 1995.
- Verheugt-Pleiter A, Deben-Mager M. Transference-focused psychotherapy and mentalization-based treatment: brother and sister? *Psychoanalytic Psychotherapy* 2006; 20: 297-315.
- Vermote R, Fonagy P, Vertommen H, Verhaest Y, Stroobants R, Vandeneede B, e.a. Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *J Pers Disord* 2009; 23: 294-307.

Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT. Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13: 60-8.

#### AUTEURS

KEES KOOIMAN, psychiater, Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Oegstgeest, afd. Psychotherapie, Riagg Rijnmond, Rotterdam en afd. Psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.

HAN KUIPERS, psychiater, Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Oegstgeest.

CHARLES HUFFSTADT, psychotherapeut, Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Oegstgeest.

Correspondentieadres: dr. Kees Kooiman, afd. Psychotherapie, Riagg Rijnmond, Stationsplein 2, 3112 HJ Schiedam.

E-mail: [kkooiman@riaggrijnmond.nl](mailto:kkooiman@riaggrijnmond.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-6-2013.

#### SUMMARY

Transference focused psychotherapy (TFP) and principles of mentalisation in inpatient psychotherapy; a matter of form and content – C.G. Kooiman, G.H. Kuipers, Ch. Huffstadt –

**BACKGROUND** General principles of milieu therapy together with a general psychodynamic frame of reference were felt to have become inadequate in providing an adequate and coherent treatment program in an inpatient psychotherapeutic setting. Both Transference Focused Psychotherapy (TFP) and Mentalization Based Treatment (MBT) are individual psychotherapy models developed for use in outpatient practice. Theoretically, both models could be adjusted for use in an inpatient setting. However, despite their common psychodynamic roots they differ fundamentally on some theoretical and practical issues.

**AIM** To reorganize the inpatient group psychotherapeutic program using TFP as the frame of reference supported with principles from MBT to provide strong guidelines for the multidisciplinary treatment.

**METHOD** We describe the basic principles and procedures of both psychotherapy models and their modifications to adjust these models for inpatient group psychotherapy.

**RESULTS** From both a theoretical and a pragmatic point of view the TFP and MBT models complement each other extremely well. The modified TFP model seemed to work well in an inpatient psychotherapy setting. With the help of the detailed frame of reference, the working methods of the various disciplines could be better aligned and coordinated so that they bolster each other. The use of video registration, common practice in TFP treatments, made a major contribution to this process.

**CONCLUSION** Working with the TFP model enriched with MBT principles was successful in optimizing the treatment program.

[Tijdschrift voor Psychiatrie 55(2013)12, 939-948]

**KEY WORDS** implementation, inpatient psychotherapy, Mentalization Based Treatment, MBT, personality disorder, Transference Focused Psychotherapy (TFP)