

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Op mentaliseren gebaseerde psychoanalyse en psychodynamische psychotherapie

MARGIT DEBEN-MAGER EN CHRIS FOLKERS

Zoals inmiddels bekend mag worden verondersteld is Mentalization Based Treatment (MBT) een effectieve behandelingsvorm gebleken voor persoonlijkheidsproblematiek, en dan met name de borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) (Bateman & Fonagy 1999, 2001). Deze therapie, met het vaste format van een combinatie van groepstherapie en individuele gesprekken, is een uitwerking door Antony Bateman van de theorie over mentaliseren van Fonagy, Target, Gergely, Allen en anderen (Fonagy e.a. 2002).

De theorie over hoe een coherent zelf wordt opgebouwd, met besef van eigen en andermans binnenwereld, is een dóórontwikkeling van de klassieke psychoanalytische theorie, met nadruk op de ontwikkeling van zelforganisatie en affectregulatie (Fonagy & Target 2003).

In dit artikel zullen wij proberen in kaart te brengen hoe deze theoretische ontwikkelingen de interventies en techniek van psychoanalyses en psychoanalytische therapieën beïnvloeden. De focus ligt op de behandeling van patiënten die niet lijden aan een persoonlijkheidsstoornis in engere zin, maar die wel een hoge lijdensdruk hebben, door vaak complexe problematiek en comorbiditeit, wat leidt tot stress, disfunctioneren en kwetsbaarheid; dit werd vroeger aangeduid met «neurotische persoonlijkheidsorganisatie».

¶ *Verschillen in theorie*

Verschillen tussen de meer klassieke psychoanalytische theorie en de theorie over mentaliseren betreffen vooral de inzichten in de dynamiek van de opbouw van de persoonlijkheid en, daaruit volgend, de focus van de behandeling.

In de klassieke psychoanalytische theorie wordt de ontwikkeling van de persoonlijkheid in grote lijnen gezien als een zich voornamelijk intrapsychisch voltrekkend proces, waarbij de interne dynamiek gevormd wordt door het al dan niet bevredigd worden van aangeboren driften (seksualiteit en agressie). In deze dynamiek ontstaat een persoonlijkheidsstructuur die gelaagd is: bewust, (pre)bewust, onbewust. De — weliswaar onmisbare — ander speelt een minder prominente rol in dit proces en maakt slechts deel uit van een aanvankelijk diffuse en ongedifferentieerde context.

In de theorie over mentaliseren is de rol van de ander meer dan belangrijk, deze wordt als cruciaal gezien. Uitgangspunt is dat het pasgeboren kind niet automatisch beschikt over een reflectief vermogen tot verwerken van innerlijke belevingen. De ander (de primaire verzorger) is nodig voor het *containen*, reguleren en spiegelen van de affecten van de baby. Doordat ze worden opgeslagen in het impliciete geheugen ontstaan representaties van deze interactie-ervaringen en krijgt het kind toenemend besef van zijn innerlijke staat en die van anderen. Als de representaties door de ouder voldoende congruent zijn met het beleefde zelf ontstaat een coherent zelfbeeld, met de beleving van autonomie (het zelf als agens, het <ik>) en subjectiviteit (het <mij>).

Dat een gedachte alleen maar een gedachte is, is iets wat je moet leren. Een baby kan de psychische realiteit begrijpen als verbonden met de fysiek waarneembare en tastbare realiteit: als je iets wil en er staat iets in de weg moet je omlopen. Dit wordt aangeduid met <teleologisch functioneren>. Het iets oudere kind heeft al meer besef van binnen- en buitenwereld, maar denkt nog dat wat in zijn hoofd bestaat ook daarbuiten moet bestaan, hij functioneert in de <equivalente modus>. In de loop van het tweede levensjaar ontstaat daarnaast en apart daarvan de <alsof-modus> van psychisch functioneren: het spel dat nog geheel los staat van de realiteit. Deze wijzen van functioneren integreren rond het vijfde levensjaar tot een reflectieve modus, ofwel een <mentaliserende modus>, waarin het kind besef heeft van een innerlijke wereld die bij zichzelf en anderen acties kan aansturen. Deze nieuwe ontwikkelingen in theorie over de psychische ontwikkeling kunnen niet anders dan hun weerslag vinden in het doel en de techniek van de behandeling.

De focus van de klassieke psychodynamische psychotherapie is te beschrijven als: het bewust maken van wat onbewust is. Uitgangspunt is dat de gewenste bevrediging van driftmatige verlangens strijdig is met de eisen van het geweten, met innerlijke conflicten als gevolg. Deze innerlijke conflicten leiden tot afweer van bewustwording, met als gevolg allerlei vormen van psychisch lijden en disfunctioneren.

Bij op mentaliseren gebaseerde therapieën wordt de aandacht expliciet gericht op het psychisch functioneren als zodanig (bijvoorbeeld het bij volwassenen voorkomen van een teleologische, psychisch equivalente, of alsof-manier van functioneren) en veel minder op al dan niet bewuste mentale inhouden. Beoogd wordt herstel en/of bevorderen van mentaliseren. In deze theorie wordt <onbewust> meer gezien als <wat niet gedacht kan worden>, en minder als een psychische ruimte waarin zich mentale inhouden ophouden die <niet gedacht mogen worden>.

Een ander verschil betreft de rol van de relatie en de interactie. Immers, de therapeut-patiëntrelatie is in een aantal opzichten te vergelijken met de ouder-kindrelatie. Het is in de relatie, met hulp van het mentaliserend vermogen van de ouder/ander, dat het kind leert wat er in hem omgaat en leert dat hijzelf en anderen aangestuurd worden door <mental states>, dat wil zeggen wensen, ver-

langens, opvattingen, overtuigingen, gevoelens enzovoort: ‘The child needs a mind to keep his mind in mind.’ Zo luidt de opdracht voor de therapeut: ‘Keep your patient’s mind in mind.’

Dat het gaat om een doorontwikkeling, om een nieuwe loot aan de psychoanalytische stam, blijkt uit het vasthouden aan de link tussen vroege ervaringen en de ontwikkeling van interne structuren, uit het accent op de therapeut-patiëntrelatie, uit het begrijpen van dynamische processen en uit de beweging van bewust begrip naar onbewuste betekenis (Bateman & Fonagy 2006).

Met de overeenkomsten in gedachten worden in figuur 1 (p. 40) een aantal verschillen schematisch naast elkaar gezet.

¶ *Wat is mentaliseren?*

Mentaliseren is de verbeeldingsrijke psychische activiteit die ons in staat stelt menselijk gedrag waar te nemen en te interpreteren in termen van intentionele psychische toestanden (‘mental states’), dat wil zeggen behoeften, verlangens, gevoelens, overtuigingen, ideeën en dergelijke. Zoals gezegd is mentaliseren het resultaat van de integratie van ‘equivalent’ en ‘alsof-functioneren’, of anders geformuleerd: de realiteit is niet concreet en de fantasie is niet afgesplitst. Cognities en affecten staan niet los van elkaar: mentaliseren is denken over voelen en voelen over denken. Er is een besef dat anderen hun eigen binnenwereld hebben, dus mentaliseren betekent ook: jezelf van buiten (kunnen) bekijken en de ander van binnen. In deze ultrakorte definities zijn vier polariteiten te herkennen, waartussen een evenwicht moet bestaan om te kunnen spreken van goed mentaliseren.

¶ *Vier polen van mentaliseren*

► 1. IMPLICIET/AUTOMATISCH — EXPLICIET/GECONTROLEERD Impliciet of automatisch mentaliseren is gerelateerd aan snelle, reflexmatige, onbewuste processen, die nauwelijks aandacht of cognitieve inspanning vergen. Bijvoorbeeld, als we een verticaal streepje tussen iemands wenkbrauwen zien verschijnen begrijpen we automatisch dat die persoon even niet snapt wat we zeggen. We schrijven er een mentale betekenis aan toe: *mentaliseren*. Expliciet/gecontroleerd mentaliseren is gerelateerd aan veel langzamere psychische processen, die veelal bewust verlopen en verbonden zijn met gerichte aandacht en taal (Bateman & Fonagy 2012a; Clarkin e.a. 2010).

Vooraf in veilige relaties vertrouwen we op automatische, meer intuïtieve processen. Bijvoorbeeld een vader die met zijn kind speelt, maakt gebruik van automatisch mentaliseren, hij stemt als het ware automatisch af op de binnenwereld van het kind. Als het kind echter plotseling begint te huilen zal vader zich — expliciet — afvragen wat er aan de hand is, of hij mogelijk iets verkeerd heeft gezegd of gedaan.

Moeilijkheden ontstaan als het mentaliseren voornamelijk berust op automatische aannames, die vervormd zijn of rigide en die moeilijk bewust en toegankelijk voor reflectie te maken zijn. In feite is het uitdagen van automatische aannames iets dat in iedere psychotherapie gebeurt en dus ook in de psychodynamische therapie, inclusief de steungevende. Mentaliseren is contextafhankelijk: in een veilige situatie lukt het beter dan als er gevaar dreigt of als je ziek bent of pijn hebt. Voor veel mensen is het samen met een therapeut in een kamer zitten al heel stressvol. Dat kan dan al leiden tot een verminde-

Theorie	Psychoanalyse	Mentaliseren bevorderend
Visie op proces van ontwikkeling persoonlijkheid	driften→beheersing van driften→geweten (‹Es›→‹ego›→‹superego›)	ongedifferentieerd affect→representatie→mental states→coherent zelf (subjectiviteit, identiteit, autonomie)
	ontwikkeling wordt gedacht als voornamelijk intrapsychisch proces	ontwikkeling wordt gedacht als interpersoonlijk proces
Begrippen		
‹onbewust›	Freuds ‹voorbewuste›: verdrongen, maar ‹kan gedacht worden›; het onbewuste is dynamisch	ongerepresenteerd, ‹kan niet gedacht worden›; ‹onbewust› is een descriptieve term, <i>non-conscious</i>
afweer	onbewuste, meer of minder primitieve afweermechanismen maken innerlijke conflicten onbewust, teneinde het ego te beschermen tegen ondraaglijke affecten	overwegen van of terugval in prementaliserende manieren van psychisch functioneren, bijvoorbeeld om zich te beschermen tegen een té ondraaglijke realiteit
overdracht	onbewuste herhaling/enscenering van vroegere relaties en/of innerlijke conflicten in de relatie met de therapeut; de analyticus duidt	activatie van gehechtheidsstijl in de relatie met de therapeut met daaraan gerelateerde specifieke mentalisatieproblemen die in betrekking staan tot de actuele en werkelijke relatie met de therapeut; de therapeut participeert
Focus behandeling	bewustmaken van wat onbewust is	ontwikkeling en herstel van psychisch functioneren, d.m.v. het genereren van ‹mental states›

FIGUUR 1

ring in het mentaliseren, bijvoorbeeld tot een terugvallen op automatisch mentaliseren en blokkeren van het gecontroleerde, expliciete mentaliseren. Vragen om verheldering of uitwerking stimuleert dan het gecontroleerde mentaliseren.

► 2. INTERNE FOCUS — EXTERNE FOCUS Ook de balans tussen interne en externe focus is belangrijk. Met ‘interne focus’ wordt bedoeld dat men vooral let op de binnenwereld, van zowel zichzelf als de ander, gebaseerd op interne en afgeleide aanwijzingen. Ligt de focus meer extern dan let men juist op zichtbare, fysieke kenmerken van gedrag. Dit is wat ouders doen bij kinderen onder de twee jaar: ze geven betekenis aan de psychische toestand van het kind door te letten op gezichtsuitdrukkingen, houding en dergelijke. Oudere kinderen en volwassenen zullen ook zonder zo te hoeven focussen op uiterlijke kenmerken geregeld een gemoedstoestand van de ander oppikken.

Mensen met narcistische trekken zijn veelal niet gevoelig voor gezichts- en houdingsuitdrukkingen en kunnen die niet lezen. Vaak zijn ze wel gepreoccupeerd met de innerlijke ‘state of mind’ van de ander.

Bij somatoforme stoornissen zien we dat de patiënt verward of angstig is over zijn interne toestand, die niet gerepresenteerd is en dus fysiek gevoeld blijft (een vorm van teleologisch functioneren). Deze mensen kunnen bijvoorbeeld geen verband leggen tussen lichamelijke gevoelens van druk en het zich onder druk voelen staan in het leven.

Bij BPS leidt het niet goed kunnen vatten van de intenties van anderen tot overmatig letten op gezichtsuitdrukkingen en houdingen van de ander. Deze patiënten geloven dat de therapeut volledig verveeld is als zij even achterover gaat zitten.¹ Men is als het ware voortdurend de omgeving aan het scannen om te onderzoeken of deze vriendelijk dan wel vijandig gezind is. De therapeut zal dan extra aandacht vestigen op de *eigen* wensen, verlangens en beweegredenen van de patiënt.

► 3. ZELF — ANDER Het zelf en anderen — en het kunnen reflecteren over zichzelf en anderen — hangen zeer nauw samen. Immers het mentaliseren ontwikkelt zich in de context van gehechtheidsrelaties. Een fundamenteel mechanisme voor het begrijpen van acties en emoties van anderen berust op de werking van het spiegelneuronensysteem, dat een intuïtief inzicht mogelijk maakt middels het meevoelen. Een ander neurobiologisch systeem, dat iets later tot ontwikkeling komt, stelt ons juist in staat onderscheid te maken tussen het zelf en de ander. Daartoe moet als het ware imiterend gedrag onderdrukt worden, zodat een gevoel van ‘ik’ ontstaat via ‘niet-anders-zijn’.

Als het niet goed lukt om dat onderscheid te maken, kan dat leiden tot functioneren in de equivalenten modus: denken dat iedereen weet wat je denkt en voelt en dat iedereen de situatie hetzelfde ziet. Als je dan gehinderd wordt in je intenties dan lijkt dat opzettelijk en kwaadaardig, in plaats van het resul-

taat van een ander gezichtspunt en andere prioriteiten. Dan is zo'n frustratie niet slechts pijnlijk, maar onverdraaglijk, omdat het een loochening betekent van wat zo iemand meent een gedeelde werkelijkheid te zijn.

Zo hebben mensen met antisociale trekken vaak geen besef van hun eigen binnenwereld, maar wel van die van anderen. Dit 'weet hebben van' kan misbruikt worden om controle over een ander uit te oefenen (misbruik van mentaliseren). Anderen, met meer theatrale trekken, zijn erg met hun eigen binnenwereld bezig (hypermentaliseren over zichzelf), maar hebben weinig interesse in die van anderen.

Het is zaak voor de therapeut ook deze polariteit te herkennen en door middel van interventies te trachten de balans aan te brengen.

► 4. COGNITIEF — AFFECTIEF Mentaliseren omvat de integratie van cognities en affecten; we spreken van 'mentalized affectivity'.

Sommigen mensen begrijpen gemoedstoestanden wel, maar hebben geen contact met de affectieve kern ervan (dat zien we bijvoorbeeld bij narcistische trekken); vaak is er dan sprake van hypermentaliseren en functioneren in de alsof-modus, bijvoorbeeld in de vorm van overloos rationaliseren. Anderen kunnen juist overspoeld raken door affectbeladen mentaliseren (zoals bij borderline en/of theatrale trekken) zonder het affect te kunnen integreren met het meer cognitieve weten. Er kan ook een probleem zijn met het identificeren van gevoelens en het onderscheiden van lichamelijke emotionele sensaties.

Mentaliseren betekent dat je sommige interne toestanden moet kunnen 'downtunen', maar andere soms juist uitvergrooten. Voor goed mentaliseren zijn aandachtcontrolemechanismen nodig.

Aankankelijk spraken we van 'mentale representatiestoornis' als we de meer neurotische problemen bedoelden en van 'mentale processtoornis' als het denken zelf ernstig gecompromitteerd is. Langzamerhand zijn we gaan beseffen dat ook bij de meer neurotische stoornissen, of anders gezegd als er sprake is van 'trekken van' een of meer persoonlijkheidsstoornissen en met vooral As-I-problematiek, er vaak sprake blijkt te zijn van niet-gementaliseerde en dus 'ondenkbare' delen van het innerlijk leven.

¶ *De algemene houding van de therapeut*

In therapieën die gebaseerd zijn op mentaliseren zal de therapeut meer dan in de psychoanalyse gericht zijn op onderzoeken, actief, empathisch en soms uitdagend bevragen, en is de houding vooral niet die van een expert die het allemaal weet. De therapeut focust op de 'mind' van de patiënt en zij is geïnteresseerd en nieuwsgierig. Terwijl bij de psychoanalyse de vrij-zwevende aandacht belangrijk is, is bij de op mentaliseren gebaseerde therapie een meer actieve, op de actualiteit gerichte aandacht van de therapeut aangewezen (Ver-

mote e.a. 2012). Het primaire doel is om een mentaliserend proces te stimuleren. Deze houding wordt als 'niet-wetend' omschreven.

De therapeut houdt gehechtheidsrepresentaties in de gaten, die langs twee dimensies onderscheiden worden: de dimensie vermijdend/deactiverend versus gepreoccupeerd/hyperactiverend en de dimensie georganiseerd versus gedesorganiseerd (Mikulincer & Shafer 2008).

Een eerste inschatting van de gehechtheidsstijl van de patiënt kan verkregen worden door te letten op de manier waarop hij zijn klachten en geschiedenis verwoordt. In de praktijk is het veelal te tijdrovend en kostbaar om het geëigende en gevalideerde instrument daarvoor, het Gehechtheids Biografisch Interview (GBI), af te nemen en te scoren. Maar toepassen van de maxims van Grice, 'beknopt, relevant, helder en eerlijk', geeft een redelijke eerste indruk. Bij wijldlopigheid, irrelevantie, vermenging van heden en verleden en overemotionaliteit is er sprake van een gepreoccupeerde gehechtheidsstijl, bij nietszeggendheid, korthed en ogenschijnlijke affectarmoede is er sprake van een meer vermijdende gehechtheidsstijl.

Bij een psychodynamische psychotherapie zal het vaak gaan om autonome, georganiseerde volwassenen, die evenwel met hun gehechtheidsstijl meer aan de gepreoccupeerde of juist aan de gereserveerde kant kunnen zitten (met een GBI-classificatie van F1-F5). Een gepreoccupeerde gehechtheid kan leiden tot functioneren in de alsof-modus: de betrokken patiënt denkt veel na over alles wat er in zijn leven is gebeurd en maakt details overmatig belangrijk, maar krijgt weinig verbinding met het werkelijke gevoel in het hier en nu. Het mentaliseren is uit balans, met een verschuiving naar de interne focus en de affectieve pool. De therapeut zal dan vaker de gedachtestroom onderbreken, om te trachten het contact met de realiteit van nu te herstellen.

Iemand met een meer gereserveerde gehechtheidsstijl is geneigd weg te kijken van het eigen innerlijk en maakt gebeurtenissen uit zijn leven juist onbelangrijk. Het mentaliseren is uit balans in de richting van meer cognitief en meer expliciet. Dan is het van belang niet te snel mee te gaan in een loslaten van een onderwerp of in het praten in algemeenheden (Wallin 2007). Hier zal de therapeut ook extra letten op eventueel equivalent functioneren.

Een tweede kenmerk van op mentaliseren gebaseerde therapie is de focus op het affect van de patiënt en dan met name in het kader van wat er in het hier-en-nu tussen patiënt en therapeut speelt. Het plaatsen van gevoelens in deze reële en actuele context maakt dat ze minder verbijsterend worden en helpt om gevoelens te leren reguleren. Daarbij let de therapeut ook op onderliggende gevoelens: bijvoorbeeld openlijk geuite woede en vijandigheid kunnen moeilijker te verdragen gevoelens als intimiteit verhullen. Ook hier is de balans van belang. Immers, intense emotionele toestanden (gepassioneerde liefde, angst, bedreiging en dergelijke) deactiveren het mentaliseren. Om mentaliseren te bevorderen moet het gehechtheidssysteem niet te veel geactiveerd worden. De therapeut moet dus wel affecten mobiliseren, maar ook de intensi-

teit ervan in de gaten houden. Dit 'titreren' van de veiligheid kan weergegeven worden in een interventieschema.

¶ *Het interventieschema*

Het interventieschema, zoals door Bateman en Fonagy beschreven voor de MBT bij borderlinepatiënten, kan net zo gebruikt worden in de psychodynamische therapie (Bateman & Fonagy 2006). Zie figuur 2.

Interventies	Mate van emotionele betrokkenheid
ondersteunen & empathie	+ ↑ sterk: blijf aan de oppervlakte - ↓ gering: meer naar de diepte
verhelderen, uitwerken, confronteren	
basaal mentaliseren	
interpretatief mentaliseren	
mentaliseren in de overdracht	

FIGUUR 2: *Interventieschema* (Bateman & Fonagy 2006)

Het eerste wat de therapeut zal doen in een sessie is het verhaal waar de patiënt mee komt respecteren, er niet-veroordelend naar luisteren en de emotionele impact zoeken: *ondersteunen en empathie*. Dat verhaal zal meestal gaan over (moeilijkheden in) interacties met anderen. Dit kan dan worden uitgewerkt en verder geëxploreerd, zodat het spoor terug gevolgd kan worden van het gedrag naar de beleving en naar de gedachten en gevoelens die eraan vooraf gingen.

A, een vijfendertigjarige man, is nog maar kort in behandeling wegens depressieve klachten. Hij vertelt dat hij het op zijn werk al jaren niet naar zijn zin heeft, dat hij altijd een stap opzij moet doen voor anderen. Op de vraag waar dat aan zou kunnen liggen, kijkt hij de therapeut wat verbaasd aan en haalt zijn schouders op: 'Dat is gewoon zo, in een drukke winkelstraat moet ik altijd voor iedereen opzij, ik moet altijd rekening houden met een ander, de ander niet met mij.' Desgevraagd denkt hij na over meer voorbeelden en die komen vlot: zijn baas, die een functie waar hij, A, recht op had aan een ander gaf; zijn vrouw, die altijd leuke plannetjes heeft, voordat hij er überhaupt over heeft kunnen nadenken; banen die voor zijn neus verdwijnen enzovoort. Als hem wordt gevraagd of hij zijn gevoel erover woorden zou kunnen geven: 'Heel frustrerend; wat ik ook doe, het helpt allemaal niet. Op mijn werk doe ik, ondanks dat ik vaak onder mijn niveau moet werken, toch erg

... mijn best, ik kom met goede voorstellen, maar mijn baas legt ze gewoon naast zich neer, om een collega even later met de eer te laten strijken. ›

Het gevoel kan dan verder *uitgewerkt* worden en er kan naar achterliggende emoties gezocht worden. Wanneer de patiënt uitgaat van automatische aannames wordt hij daarmee geconfronteerd.

... Samen met de therapeut stelt A vast dat hij zich niet gezien en niet erkend voelt en hoe verdrietig en daarachter ook boos-gefrustreerd hij zich erover voelt: ›Wie wil mij nou?› Samen bekijken ze hoe vaak dat zich in zijn beleving voordoet en de therapeut merkt op dat het erop lijkt dat hij er automatisch van uitgaat dat dit zich steeds maar zal herhalen (equivalent functioneren).

Door kanttekeningen te plaatsen bij verklaringen en beweringen beginnen we met *basaal mentaliseren*. In de psychodynamische psychotherapie verstaan we onder ›basaal mentaliseren› het herkennen van verbanden en patronen, terugkerende manieren van interacties met anderen en het gevoel daarbij. In de MBT-groepen voor borderlineproblematiek heet deze interventie ›stop, luister en kijk›, wat doelt op het onderkennen van een falen in mentaliseren en daar direct aandacht aan besteden.

... In de volgende sessie vertelt A blij dat de werkgever waar hij eerder dit jaar heeft gesolliciteerd, hem gevraagd heeft of hij alsnog in de functie is geïnteresseerd, omdat de kandidaat die destijds de functie kreeg, zich heeft teruggetrokken. Hij is ›wel tweede keus›, maar A gaat zeker in op de uitnodiging tot een gesprek. Hij is stevig voornemens de werkgever te onderhouden over de vraag waarom hij dan niet meteen de eerste keer is verkozen. We bespreken hoe pijnlijk het toen voor hem was — en dat de herinnering eraan wéér pijnlijk is — om afgewezen te worden, en dat we nu ook goed kunnen merken hoe kwaad en teleurgesteld hij daarover was en nog is. De therapeut geeft hem ook aan dat zij en hij juist bezig zijn deze thematiek van ›tweede keus› en ›wie wil mij nou› hier uit te zoeken en stelt hem voor zijn plan de werkgever uit te foeteren uit te stellen; dat kan tenslotte altijd nog. Dan is er wat rust in de sessie gekomen en kan A begrijpen dat hij door boos te worden alsnog zijn eigen ruiten zou kunnen ingooien.

Interpretatief mentaliseren zal in een psychodynamisch proces al snel in de sessie mogelijk zijn, zeker als de therapie al een tijd loopt. We leggen dan verbanden met wat er eerder al verteld of voorgevallen is. Bijvoorbeeld een patiënt die al veel over de relatie met zijn moeder heeft gepraat en nu over een recent conflict vertelt, kan vaak al snel zien op welke manier er ook nu weer hetzelfde gebeurde, en verband leggen met zijn eigen gevoelens en interpretaties en ook

zien welke impact zijn eigen gedrag op dat van zijn moeder heeft. De therapeut focust niet op het verleden, maar op de vraag hoe vroegere gebeurtenissen nog invloed hebben op patiënts huidige functioneren.

... A komt te vertellen over zijn middelbareschooltijd. Op school was A goed in taal en in sport. Toch is hij daarmee niet verder gegaan. Over zijn sport vertelt hij in het begin van zijn studententijd op landelijk topniveau meege-draaid te hebben. Vandaar dat hij de topspelers kent en de geschiedenis waarin de allergrootste spelers door de coach uit het team werden gehaald met de motivatie: 'Hoge, grote, oude bomen nemen voedsel en zonlicht weg, zodat de jonkies niet kunnen groeien.' Ondanks de stormen van protest in den lande was A het helemaal met deze beslissing eens. De therapeute bespreekt hoe A dit vaak ook voor zichzelf zo voelt: dat hij opzij moet gaan voor anderen en anderen voor hem.

Een belangrijk verschil met de klassieke psychoanalytische theorie en techniek wordt gevormd door het hanteren van *de overdracht*. Overdracht wordt niet *geduid*, bijvoorbeeld als een herhaling van het verleden, of als een vertekening door de patiënt. Dan zou men immers het risico lopen dat de werkelijke relatie ontkend wordt en dat daarmee de patiënt in de alsof-modus terechtkomt: zijn belevingen en ervaringen worden dan losgekoppeld van de realiteit. De overdracht wordt veel meer benaderd vanuit de realiteit: een samenwerking tussen twee mensen, die daar beiden een aandeel in hebben. De therapeut accepteert externalisaties en projecties door de mogelijkheid open te houden dat de patiënt weleens een punt kon hebben. Er wordt samengewerkt in het zoeken naar een interpretatie van wat er tussen hen beiden gebeurt, waarbij de therapeut beseft dat het voor de patiënt van belang is iets te horen over wat de therapeut over hem of haar denkt. Dit helpt de patiënt om zijn perceptie van zichzelf te vergelijken met hoe hij gezien wordt door de ander, en om zo te gaan beseffen hoe hetzelfde gedrag door verschillende mensen verschillend ervaren kan worden (Bales e.a. 2007).

... In de volgende sessie blijkt het sollicitatiegesprek goed te zijn verlopen. Lachend vertelt A zijn negatieve gevoel maar weggelaten te hebben. Zichtbaar blij overhandigt hij een kopie van het verslag van het bij de sollicitatie afgenomen testonderzoek aan de therapeut. Deze zegt het document graag aan te nemen, maar vraagt A eerst wat zijn gedachten zijn om het te geven: 'Nou, er staat in dat ik een enthousiast en positief iemand ben.' Dit schept ruimte om zijn gedachten en verlangens te exploreren over hoe hij zou willen dat anderen hem zien en hoe hij zichzelf ziet, ook en juist in de relatie met de therapeut: een 'enthousiast positief iemand'. Dan kan besproken worden dat A bij haar geen tweede keus wil zijn en ook hoe hij zich mede

... om die reden wil schikken naar de wensen van de therapeut (mentaliseren van de overdracht).

Bij twijfel welke interventie te gebruiken is het advies om te starten aan de oppervlakte met valideren, geruststellen, empathie. Naar diepere niveaus gaan we pas als de eerdere stappen zijn gedaan. En als emoties overspoelend dreigen te worden: doe een stap terug richting oppervlakte. Mentaliseren in de overdracht ten slotte kan alleen als de patiënt kan denken en praten en onderhouden de emoties vasthouden. Bij patiënten die al enige tijd in een psychodynamische therapie zijn lukt het vaak al binnen één sessie om van oppervlakkig naar werken in de overdracht te komen.

¶ *Specifieke technieken*

We bespraken hiervoor de niet-wetende houding van de therapeut: de therapeut die mentaliseren wil bevorderen zal niet, hoe empathisch ook, de patiënt vertellen wat deze voelt, of onjuiste gedachtegangen aantonen. Zij zal de patiënt helpen om de aandacht te richten op zijn gevoelens en meer op de processen focussen dan op de inhoud van gedachten. Zoals uit het interventieschema blijkt zal de therapeut een stap terug doen als de emoties heftig worden en weer een stap dichterbij kunnen doen als het mentaliseren is hersteld. Een manier om een stapje terug te doen is de focus verleggen van het hier-en-nu naar 'daar en/of toen'. De therapeut 'titreert', zoals gezegd, als het ware de intensiteit van de emoties en van de gehechtheidsrelatie en streeft naar veiligheid in de relatie.

De therapeut zal, met de polariteiten van mentaliseren in gedachten, geregeld 'tegengestelde bewegingen' maken aan die van de patiënt (Bateman & Fonagy 2012b), zoals de aandacht meer naar buiten richten als een patiënt erg naar binnen en op zichzelf is gefocust, en naar binnen als hij erg met de ander bezig is. Bijvoorbeeld als een patiënt van zelfreflectie beweegt naar het vaak negatieve, zichzelf veroordelende en beschamende rumineren over zichzelf, dan kan de therapeut een vraag stellen die maakt dat de patiënt over een ander moet denken: 'Hoe zou dat *hem* beïnvloed hebben?', of: 'Waarom zou zij dat gezegd hebben?' En omgekeerd, bij mensen die erg bezig zijn met wat anderen vinden, zullen we aandringen op het nadenken over de eigen *state of mind*: 'Wat voelde *jij* daarbij?'

Ook met betrekking tot de gehechtheidsstijl van een patiënt kan het zinvol zijn om het spiegelen van de ervaring van de patiënt ('in stijl' reageren) af te wisselen met het 'out of style' reageren en zo diens gehechtheidsstijl mild uitdagen: de gepreoccupeerde patiënt een beetje 'dismissing' tegemoet treden en wat meer het gevoel activeren bij de gereserveerde patiënt (Slade 2008).

Uitermate spaarzaam zijn we met dyadische overdrachtinterpretaties in de vorm van 'Jij maakt van mij iemand, die ...' Eveneens zijn we spaarzaam met

historische interpretaties, zoals: 'Je voelt je nu gekwetst omdat het je doet denken aan hoe je afgewezen werd door je moeder.' Deze laatste is een voorbeeld van het onwerkelijk maken van de relatie met de therapeut. 'Overdracht' wordt in deze theorie beschouwd als een werkelijke relatie. Het samen denken over wat er in deze relatie gebeurt is het belangrijkste vehikel om het mentaliseren te oefenen in toenemend intieme interacties.

De therapeut let goed op haar eigen (tegenoverdrachts)gevoelens. Als zij zich verveeld gaat voelen, vlak, of op de automatische piloot, dan kan dat een signaal zijn dat de patiënt in de alsof-modus functioneert en de therapeut van de weeromstuit daarin meegaat. Merkt de therapeut bij zichzelf verwarring, niet goed weten wat te zeggen, erg veel knikken, of boos worden op de patiënt, dan is dat een sterke aanwijzing dat patiënt en therapeut in de equivalente modus zitten. De therapeut is zelf in de teleologische modus terechtgekomen als zij sterk de behoefte voelt iets te doen, of angstig wordt, of pas tevreden is als patiënt aan het huilen is gebracht.

Tot slot een enkel woord over de 'gouden' begrippen uit de klassieke psychoanalytische therapieën: neutraliteit en abstinentie. In zijn werk heeft Freud herhaaldelijk onderstreept dat de psychoanalyticus verplicht is zich neutraal op te stellen, doelend op — aldus het betreffende lemma in het *Psychoanalytisch woordenboek* (Stroeken 2008) — 'de verplichting zich te onthouden van het geven van meningen over de keuzes van de patiënt'. Toch zien ook Freud en analytici na hem in dat het onvermijdelijk is dat de analyticus misschien toch ongewild zijn of haar patiënt beïnvloedt. Ook Fonagy noemt deze 'enactments' onvermijdelijk, maar niet per se schadelijk: ze kunnen vaak heel goed achteraf besproken worden, waarbij veel in de interactie wordt opgehelderd en bewust wordt gemaakt. De therapeut kan bovendien zo op een natuurlijke manier het mentaliseren voordoen aan de patiënt: bijvoorbeeld door toegeven van fouten, nog eens erop terugkomen en nadenken en navoelen over wat er nou tussen hen beiden gebeurde. In de 'mentalization-informed' therapie zal de therapeut mogelijk minder terughoudend zijn, vooral op het gebied van het verwoorden van haar gedachten over wat er in de patiënt om zou kunnen gaan. Bijvoorbeeld in deze vorm: 'Ik zou mij in zo'n geval als wat je beschrijft gefrustreerd voelen.'

Abstinentie, in de betekenis van het afzien van directe bevrediging van de verlangens van de patiënt lijkt ons onverminderd van belang bij elke vorm van psychotherapie. Wensen en verlangens moeten gerepresenteerd worden. Niettemin zijn we heden ten dage iets minder bang dan vroeger om aan een reële behoefte tegemoet te komen, bijvoorbeeld een patiënt de weg naar een fietsenmaker te wijzen of even een fietspomp te lenen.

In figuur 3 zijn enkele verschillen schematisch naast elkaar gezet.

Typen interventies	Psychoanalyse	Mentaliseren bevorderend
primaire interventie	duiden: stimuleren en genereren van fantasieën; interpretaties van dromen, fantasieën en belevingen	bevragen: 'not-knowing stance'; geen interpretaties; gedachten verbinden met affect
hanteren van overdrachtsfenomenen	duiden: naar de patiënt toe, van de therapeut af	betekenis geven aan en in de actuele relatie met de therapeut
focus	wat onbewust is; de weerstand	actieve, op de actualiteit gerichte aandacht
steun	in principe niet, neutraliteit en abstinentie	essentieel; steeds 'surfend' in het spectrum van steun naar interpretatief mentaliseren en vice versa

FIGUUR 3

¶ Slotbeschouwing

Decennia lang bestond er een niet geringe animositeit tussen attachment-onderzoekers, vaak werkzaam in het domein van de ontwikkelingspsychologie, en psychoanalytici (Fonagy 2001). Kort samengevat: waar in de eerste helft van de twintigste eeuw de psychoanalytische theorie veronderstelde dat de emotionele band met de primaire verzorger een secundaire drift was, gericht op de bevrediging van orale behoeften, daar stelde Bowlby dat het kind wordt geboren met een biologische neiging om een gehechtheid met de verzorger aan te gaan en deze persoon te gebruiken als een veilige basis voor exploratie van de buitenwereld. Aanvankelijk is het doel van het gehechtheidssysteem het behouden van fysieke nabijheid tot de moeder. Dit wordt later uitgebreid naar het meer psychologische doel van een gevoel van nabijheid met haar. De ouder van het veilig gehechte kind leest de innerlijke staat van het kind en helpt het te komen tot een reguleren en representeren ervan. Een veilige gehechtheid is een stevige basis voor het verwerven van een goed begrip van psychologische wederwaardigheden (Fonagy e.a. 2002; Deben-Mager 2005).

Bowlby stelde angst boven agressie als primair affect, waarmee hij de klassieke opvatting dat een kind (voor zijn psychische rijping) het lustprincipe tegen zijn zin moet verruilen voor het realiteitsprincipe verving door de notie van een kind dat zoekt naar vertrouwdheid en (relatieve) veiligheid. In het traditionele model is angst het gevolg van dreiging door innerlijke agressie. In de gehechtheidstheorie wordt agressie gezien als reactie op angst voor zowel

interne als externe bedreiging van veiligheid en integriteit. Dit heeft directe implicaties voor de visie op verdedigingsmechanismen en voor de positie van de therapeut. Vanuit dit perspectief dient afweer niet alleen als bescherming van het zelf tegen ondraaglijke affecten, maar ook om het zelf te beschermen tegen verlies van de ander. Angst als primair affect en organiserende factor plaatst de therapeut eerder naast dan tegenover de weerstand en afweer van de patiënt. In die zin wordt de therapeut een medestander, in plaats van een ijverige graver naar een onbewuste waarheid (Slade 2008).

De theorie over (de ontwikkeling van) de vaardigheid van mentaliseren heeft tot meerdere toepassingen geleid, naast die van de MBT voor borderline-patiënten, met het format van individuele gesprekken naast groepstherapie. Zo bestaat er inmiddels mentalization-based kindertherapie, mentalization-based gezinstherapie, mentalization-based therapie voor eetstoornissen en zelfs voor antisociale persoonlijkheidstrekken (zie voor het overzicht van deze behandelingen Allen e.a. 2008; Bateman & Fonagy 2012a). Ook in andere behandelingen, waar het mentaliseren niet in de titel staat, is het wel een hoeksteen, bijvoorbeeld de moeder-babybehandelingen naar het model van Slade, de Interpersoonlijke Psychotherapie en de Transference Focused Therapy.

De meer psychoanalytische insteek, met vrij-zwevende aandacht, exploreren en het uitwerken van gevoelens en (intrapsychische) conflicten, is in de praktijk mogelijk bij een goede vaardigheid in mentaliseren. Ook dan is het helpend om bij falend mentaliseren al te regressieve bewegingen of het zich verliezen in het produceren van fantasieën zonder verband met de realiteit (alsof-modus) tegen te gaan; en is het belangrijk de eventuele aanwezigheid van rigide oordelen (equivalente modus) te onderkennen en te bewerken.

Net als MBT voor borderline-persoonlijkheidsstoornissen zal de psychodynamische psychotherapie voor meer neurotische persoonlijkheidsorganisaties profiteren van de volgende uitgangspunten: aandacht voor de veiligheid in de werkrelatie, voor het werken in de overdracht en het erkennen van de werkelijkheid van de therapeut-patiëntrelatie, voor het focussen op het proces in plaats van op de inhoud en het wekken van nieuwsgierigheid bij de patiënt naar hoe zijn psyche functioneert. De doelstelling van de therapie kan dan omschreven worden als: versterken van de vaardigheid van het mentaliseren, versterken van de coherentie van het zelf en versterken van het besef van zelf-als-agens.

Literatuur

- ALLEN, J.G., FONAGY, P. & BATEMAN, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington/Londen: American Psychiatric Publishing.
- BALES, D., BEEK, N. VAN & BATEMAN, A. (2007). Mentalization-based treatment voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (red.), *Handboek persoonlijkheids-pathologie* (p. 249-271). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder — A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization — A 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder — A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2012a). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington/Londen: American Psychiatric Publishing.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2012b). Individual techniques of the basic model. In A. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 67-80). Washington/Londen: American Psychiatric Publishing.
- CLARKIN, J.F., FONAGY, P. & GABBARD, G.O. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders*. Washington/Londen: American Psychiatric Publishing.
- DEBEN-MAGER, M. (2005). Gehechtheid en mentaliseren. *Psychoanalytische Perspectieven*, 23, 31-48.
- FONAGY, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E.L. & TARGET, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (2003). *Psychoanalytic theories — Perspectives from developmental psychopathology*. Londen/Philadelphia: Whurr Publishers.
- MIKULINCER, M. & SHAVER, PH.R. (2008). Adult attachment and affect regulation. In J. Cassidy & P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment, second edition — Theory, research, and clinical applications* (p. 503-531). New York: Guilford Press.
- SLADE, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy. In J. Cassidy & P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment, second edition — Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- STROEKEN, H.P.J. (red.) (2008). *Psychoanalytisch woordenboek*. Derde, herziene en vermeerderde editie. Amsterdam: Boom.
- VERMOTE, R., LOWYCK, B., VANDENEDEE, B., BATEMAN, A. & LUYTEN, P. (2012). Psychodynamically oriented therapeutic settings. In A. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 247-269). Washington/Londen: American Psychiatric Publishing.
- WALLIN, D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

SUMMARY*Mentalization-based psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy*

In this article relatively new insights stemming from attachment theory and the concept of mentalization are discussed regarding their influence on the theory and technique of psychodynamic psychotherapy. Some similarities and differences in theoretical backgrounds between mentalization-informed theory and more traditional psychodynamic theory are described. Knowledge of attachment theory and theory on mentalizing allows us to recognize an imbalance between the polarities of mentalization and address this accordingly. The spectrum of interventions as described by Bateman and Fonagy (2006) for the treatment of borderline syndrome is applicable also in psychodynamic therapies, as is illustrated by a clinical vignette. These new developments in theory of the functioning of the mind are an enrichment of the practice of psychodynamic therapies.

Key words: mentalization, psychodynamic psychotherapy

Noot

- 1 Om het vermoeiende hij/zij of zijn/haar te vermijden, duiden we de therapeut aan met zij en de patiënt met hij. Uiteraard worden ook mannelijke therapeuten en vrouwelijke patiënten bedoeld.

Manuscript ontvangen 6 juni 2013

Definitieve versie 28 december 2013