

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

Mentaliseren en op mentaliseren gebaseerde therapieën: MBT

DORIEN PHILIPSZOON

Het concept <mentaliseren> werd eind jaren negentig beschreven. Vanaf die tijd worden in psychodynamische therapieën op mentaliseren gebaseerde technieken toegepast, zowel bij kinderen als bij volwassenen. Bij volwassenen werd Mentalization-Based Treatment (MBT) voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis in detail uitgewerkt en is het effect middels <randomized controlled trials> (RCT's) onderzocht. Het blijkt een werkzame behandelmethode. Tevens worden op mentaliseren gebaseerde therapieën voor steeds meer toepassingsgebieden ontwikkeld.

Onder <MBT> vallen in dit artikel alle op mentaliseren gebaseerde therapieën. Deze therapieën kenmerken zich door dezelfde focus, dezelfde basis-attitude van behandelaren en hetzelfde interventiespectrum bij verschillende toepassingsgebieden.

Het tijdelijk verstoord raken van het mentaliserend vermogen van de therapeut is een punt van aandacht bij MBT, maar ook bij andere psychotherapieën en behandelingen in de gezondheidszorg.

Het doel van dit artikel is zo goed als mogelijk een overzicht te geven van het dynamische begrip <mentaliseren> en van op mentaliseren gebaseerde therapieën (MBT) op grond van theorievorming en onderzoek.

¶ *Mentaliseren: achtergronden*

De psychoanalytische theorie wordt gekenmerkt door voortdurende ontwikkeling. Verschillende modellen zijn beschreven: het driftmodel, het egopsychologische, het objectrelationele, het zelfpsychologische, het interpersoonlijke, het gehechtheids- en het mentaliseringsmodel. Voor een samenvatting zie De Wolf (2015). In de jaren zestig publiceerde Bowlby ideeën over de aangeboren aanleg van baby's om zich te hechten, uitmondend in de gehechtheidstheorie (Bowlby 1969) — een theorie die gestaafd werd met onderzoek bij baby's, kinderen en volwassenen. Vanuit de ontwikkelingspsychologie, cognitieve psychologie, psychoanalyse en het uitgebreide gehechtheidsonderzoek bij kinderen en volwassenen ontwikkelden Fonagy en zijn medewerkers vervolgens een

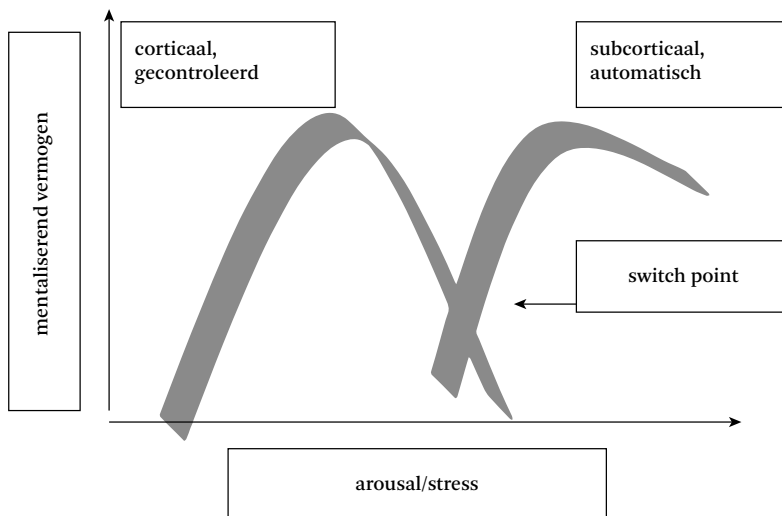
theorie over affectregulatie, het ontstaan van het zelf en van het mentaliserend vermogen (Fonagy e.a. 2002).

Mentaliseren is een permanent aanwezig proces, waardoor mensen in staat zijn uitingen van zichzelf en anderen te zien en te ervaren als gemotiveerd door gedachten, emoties, intenties en overtuigingen. Mentaliseren zorgt voor een coherent, stabiel zelfbeeld en een coherent beeld van anderen; het maakt interacties begrijpelijk en geeft een gevoel van invloed hebben op wat er gebeurt (Fonagy e.a. 2002).

Mentaliseren is een dynamische capaciteit, die beïnvloed wordt door stress en arousal, in het bijzonder in gehechtheidsrelaties. Met 'dynamische capaciteit' wordt hier bedoeld dat het mentaliserend vermogen niet een continu bij een persoon aanwezige toestand is. Uit onderzoek is gebleken, dat bij mentaliseren twee hersensystemen actief zijn, berustend op een subcorticaal en een prefrontaal corticaal systeem. Het subcorticale systeem, evolutionair zeer oud, is gecorreleerd met automatische processen. Het prefrontale corticale systeem, evolutionair later ontwikkeld, staat voor gecontroleerd, reflectief, cognitief complex denken (mentaliseren). Bij stress en arousal wordt het gehechtheidssysteem geactiveerd, wordt het subcorticale systeem actiever en het corticale systeem juist inactiever. Aangetoond is dat dit verloopt via een zogenaamd 'bio behavioral switch model' (zie figuur 1).

FIGUUR 1

'Bio behavioral switch model': illustratie van de relatie tussen stress en gecontroleerd of automatisch mentaliseren



Vrij naar: Luyten e.a. (2012a, p. 45, fig. 2-1)

Bij oplopende stress neemt het mentaliserend vermogen eerst toe, maar bij verder oplopende stress wordt het corticale systeem uitgeschakeld en neemt het subcorticale systeem het over (bij het *switch point*: het schakelpunt). De hoeveelheid stress die nodig is om over te schakelen naar het subcorticale systeem, de intensiteit van de reactie en de tijd om terug te keren naar het corticale systeem zijn bij ieder individu verschillend, wat afhangt van de gehechtheidsstijl (Luyten e.a. 2012a).

Mentaliseren is een multidimensioneel concept met verschillende polariteiten: impliciet versus expliciet; interne focus versus externe focus; zelf versus ander en cognitief versus affectief. Patiënten kunnen beperkingen hebben op verscheidene van deze polariteiten, maar niet op andere (Fonagy e.a. 2012). Bij het beoordelen van het mentaliserend vermogen worden de polariteiten in kaart gebracht (Luyten e.a. 2012a).

¶ *Ontwikkeling mentaliserend vermogen*

Vermogen tot mentaliseren ontstaat in een veilige gehechtheidsrelatie, meestal de relatie tussen het kind en de primaire verzorger. In deze relatie worden emoties gereguleerd, vindt adequate spiegeling van gevoelens plaats, wordt het kind intentioneel benaderd en is speelsheid aanwezig (Bateman & Fonagy 2004; Allen 2008). Adequate spiegeling bestaat uit het congruent en gemarkeerd teruggeven van gevoelens. ‘Congruent’ wil zeggen, dat het juiste gevoel teruggegeven wordt; ‘gemarkeerd’ dat het duidelijk moet zijn dat dit gespiegelde gevoel van het kind is en niet van de primaire verzorger.

Voorbeeld: een baby wordt na een dag in de crèche opgehaald door haar gestreste vader en krijgt een huilbui. Vader spiegelt de gevoelstoestand van zijn baby op een congruente manier (‘Wat ben je moe en boos’), zodat de baby haar aandacht op het gevoel kan richten en dit kan leren herkennen. Hierna voegt vader er iets anders aan toe, want hij pakt de baby op en geeft een knuffel. Oftewel: hijzelf is niet boos, dit is het gevoel van de baby. Dus: gemarkeerd spiegelen. Daarnaast benadert de vader zijn baby als een intentioneel wezen, een aparte persoon met gevoelens en wensen: ‘Jee, wat veel allemaal, jij bent moe en ik ben gestrest.’ Hij mentaliseert over zijn baby en heeft haar ‘mind’ in zijn ‘mind’. Indien de vader of de andere primaire verzorger vaak genoeg op deze manier spiegelt zal het mentaliserend vermogen goed ontwikkeld worden en zal deze persoon over het algemeen goed genoeg kunnen mentaliseren. Anders gezegd: het schakelpunt waarop het subcorticale systeem het overneemt van het corticale systeem staat adequaat afgesteld. Bij situaties waarin het gehechtheidssysteem geactiveerd wordt, zoals bij stress, moeheid en pijn, kan ook bij deze persoon een tijdelijk verlies van het mentaliserend vermogen optreden met terugkeer naar prementaliserende modi. De duur van dit verlies zal echter kort zijn, ook omdat de persoon hierbij indien mogelijk hulp van anderen inschakelt.

De situatie met baby en vader kan ook anders verlopen als vader inadequaat spiegelt, bijvoorbeeld zelf boos is en de baby boos benadert. Als de vader en moeder vooral inadequaat spiegelen en er geen andere belangrijke verzorger is die dit wel goed doet, kan het vermogen tot mentaliseren van de baby onvoldoende ontwikkeld worden. Hierdoor wordt het schakelpunt inadequaat afgesteld: te gevoelig (gepreoccupeerde), te ongevoelig (gereserveerde) of juist afwisselend te gevoelig of ongevoelig (gedesorganiseerde gehechtheidsstijl). Zij zal dan als kind en later als volwassene vaak op oudere manieren van het ervaren van de psychische realiteit functioneren, in zogenaamde prementaliserende modi. Dit zijn de teleologische modus (acties en gedrag worden begrepen in termen van fysieke gevolgen, ›Wat ik zie is waar‹), de modus van psychische equivalentie (realiteit en fantasie worden gelijkgesteld, ›Wat ik denk, is waar‹) en de alsof-modus (het verband tussen realiteit en fantasie ontbreekt, gevoel is losgekoppeld van de werkelijkheid).

In het interpersoonlijke contact is het meest ernstige gevolg van niet mentaliseren de externalisatie van de ›alien self‹ in de ander, overeenkomend met projectieve identificatie. De hypothese is dat de ›alien self‹ ontstaat door ernstig inadequate spiegeling (bijvoorbeeld bij traumatisering door de gehechtheidspersoon), waardoor een representatie van het gevoel van de ander geïnternaliseerd wordt en niet het gevoel van het kind zelf. Deze niet te verdragen incoherentie moet geëxternaliseerd worden in een ander. Als dit onmogelijk is, moet de ›alien self‹ er soms letterlijk uitgesneden worden door middel van zelfbeschadiging (Fonagy e.a. 2012).

Het onderwerp ›epistemisch vertrouwen‹ is niet meegenomen in deze uiteenzetting. Kort gezegd: in een veilige gehechtheidsrelatie worden naast de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen ook het loslaten van de aangeboren waakzaamheid en het ontstaan van epistemisch vertrouwen mogelijk (Fonagy & Allison 2014).

► **SAMENVATTEND** Indien de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen goed verloopt, kan men over het algemeen goed mentaliseren en is het schakelpunt adequaat afgesteld. Bij stress, moeheid en pijn kan het mentaliserend vermogen tijdelijk afwezig zijn en kunnen prementaliserende modi in werking treden.

De ontwikkeling van het mentaliserend vermogen kan ook onvoldoende zijn. Het schakelpunt is te gevoelig, te ongevoelig of juist afwisselend te (on)gevoelig afgesteld. De persoon functioneert vaak in prementaliserende modi, hoewel dit meestal niet voor alle polariteiten van het mentaliseren hetzelfde is. Volgens de DSM-5 is bij deze personen meestal sprake van een persoonlijkheidsstoornis.

¶ *Op mentaliseren gebaseerde therapieën*

Bij een goedlopende psychotherapie wordt het gehechtheidssysteem geactiveerd, omdat nagedacht wordt over lastige situaties en ingewikkelde relaties (=stress), samen met een therapeut met wie de patiënt een gehechtheidsrelatie heeft ontwikkeld. Bij milde activatie van het gehechtheidssysteem ontstaat voor de patiënt de mogelijkheid om zijn mentaliserend vermogen op te bouwen of te herstellen, terwijl de therapeut hem op een congruente gemarkeerde manier spiegelt. Een gevaar is echter, dat het gehechtheidssysteem van de patiënt overgeactiveerd wordt, waardoor hij niet meer kan mentaliseren, overspoeld raakt door emoties, terwijl zijn subcorticale hersensysteem actief is. Ook kan het gehechtheidssysteem te weinig aangesproken worden, waardoor er geen verandering plaatsvindt.

Elke MBT is gericht op het opbouwen of herstellen van het mentaliserend vermogen (Bateman & Fonagy 2012b). Op een gebalanceerde, getitreerde wijze wordt de aandacht gericht op het huidige gevoel van de patiënt, waardoor wordt verwacht dat de mentaliserende capaciteiten verhoogd worden, terwijl tegelijkertijd het gehechtheidssysteem geactiveerd wordt. Het effect hiervan is dat de patiënt nieuwsgieriger wordt naar en gaat ontdekken hoe hij over zichzelf en anderen denkt, hoe hij op en in bepaalde situaties reageert, wat hij daarbij voelt en hoe dat zijn reacties op anderen bepaalt. Zo worden relaties met hemzelf en anderen doelmatiger, veiliger en stabiel, met uiteindelijk minder schade en leed voor hemzelf en anderen.

Bij alle vormen van MBT zijn de basisprincipes, attitude van de therapeut en interventies ongeveer gelijk (Bateman & Fonagy 2006; Fonagy e.a. 2012; Bateman & Fonagy 2012b; Deben-Mager & Folkers 2014). Voor een overzicht verwijs ik naar het recente artikel van Deben-Mager en Folkers (2014).

Een belangrijk *basisprincipe* is, dat de therapeut de <mind> van de patiënt in zijn eigen <mind> heeft. Hij is gericht op wat er in het hoofd van de patiënt omgaat in plaats van op zijn gedrag en denkt daarover na. De therapeut heeft een niet-wetende nieuwsgierige *attitude*, eigenlijk altijd. Hij kan namelijk nooit precies weten wat zich in het hoofd van de ander afspeelt. Hij kan natuurlijk wel iets denken of aannemen, maar zeker weten kan niet. Met deze houding kan de patiënt zelf onderzoeken wat er in hem omgaat, zonder dat de therapeut het <voorzegt> met gevaar op incongruente spiegeling. Als *interventie* wordt hier <Stop en sta stil> genoemd. De therapeut zet het gesprek even stil om te onderzoeken wat er gebeurt en wat het gevoel van de patiënt hierbij is. Dit stilzetten gebeurt op vasthoudende wijze. De therapeut geeft het niet direct op.

¶ *Mentaliseren bij de therapeut*

Iedere MBT-therapeut, en ook iedere therapeut, psychoanalyticus, arts of hulpverlener in het algemeen, verliest weleens zijn vermogen tot mentaliseren. Zoals beschreven bij de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen is dit een normaal verschijnsel bij stress, pijn en moeheid. De therapeut kan dan terecht komen in een prementaliserende modus. Dit kan veroorzaakt worden door stress bij de therapeut zelf (bijvoorbeeld: hij heeft nauwelijks geslapen), door stress veroorzaakt door de patiënt (bijvoorbeeld: de patiënt is wanhopig, wil per se dat de hulpverlener nu met een oplossing komt) of door allebei. Het is van belang dat de therapeut een tijdelijk verlies van mentaliseren herkent en er zo goed mogelijk mee omgaat. Als hulpmiddel bij het herkennen van een tijdelijk verlies van mentaliseren is zelfobservatie van belang, maar in deze situatie kan de therapeut juist minder goed nadenken en observeren. Er is een aantal signalen voor het verlies van mentaliseren. Als de therapeut in een teleologische modus zit, wil hij vaak iets doen, of advies geven; in de modus van psychische equivalentie weet hij het niet, of kan hij boos zijn; in de alsofmodus kan hij zich verveeld voelen (Bateman & Fonagy 2012b). Als de therapeut zich realiseert dat hij niet mentaliseert door een stressvolle situatie, dus als hij hierover kan nadenken, heeft hij zijn mentaliserend vermogen alweer terug. Maar als de therapeut bijvoorbeeld voelt dat hij echt iets moet doen, maar ook dat dat niet helemaal klopt, kan hij de MBT-attitude en -interventies op zichzelf toepassen. Als dit onvoldoende helpt, zijn het tijdelijk stopzetten van het gesprek met de patiënt, overleg en eventueel intervisie of supervisie noodzakelijk. Bij intervisie en/of supervisie is van belang dat een op mentaliseren gebaseerde benadering gehanteerd wordt met een onderzoekende niet-wetende attitude (Van Gael 2012).

¶ *Behandelmodaliteiten, toepassingsgebieden en onderzoek*

MBT is voor verschillende behandelmodaliteiten en diverse toepassingsgebieden ontwikkeld. Zoals eerder aangegeven, zijn basisprincipes, attitude van de therapeut en interventies bij al deze MBT-vormen ongeveer gelijk. Tevens zijn specifieke aspecten van belang, waarvoor verwezen wordt naar het *Handbook of mentalizing in mental health practice* (Bateman & Fonagy 2012) en naar de artikelen, die bij iedere MBT-vorm genoemd worden.

In tabel 1 worden MBT-behandelmodaliteiten vermeld. In tabel 2 staan toepassingsgebieden waarvoor MBT-programma's ontwikkeld zijn. Het kan zijn dat deze tabel niet volledig is, omdat er steeds programma's voor nieuwe toepassingsgebieden ontwikkeld worden. In de programma's worden behandelmodaliteiten enkelvoudig (zoals bij Dynamic Interpersonal Therapy — DIT) of gecombineerd (zoals bij <MBT-Day Hospital>) toegepast, afhankelijk van de problematiek van de patiëntenpopulatie.

TABEL 1
MBT: BEHANDELMODALITEITEN

<i>Behandelmodaliteit</i>	<i>Referentie</i>
Individuele psychotherapie	Fonagy e.a. 2002; Bateman & Fonagy 2012b; Deben-Mager & Folkers 2014
Groepstherapie	Karterud & Bateman 2012; Delfstra & Peeters 2011
Gezinstherapie	Asen & Fonagy 2012
Kindertherapie	Verheugt-Pleiter e.a. 2005; Zevalkink e.a. 2012
Dagklinische setting	Bateman & Fonagy 2006
Ambulante setting	Kjolbe & Bateman 2012
Psychodynamisch geörienteerde setting	Vermote e.a. 2012

Een aantal MBT-vormen is en/of wordt onderzocht, zoals genoemd in tabel 2 en 3. In tabel 3 wordt een samenvatting gegeven van MBT-onderzoek bij borderline-persoonlijkeitsstoornis (BPS), volgens de handleiding voor dagklinische en ambulante MBT bij BPS (Bateman & Fonagy 2006).

Samenvattend kan gesteld worden dat MBT voor veel toepassingsgebieden ontwikkeld is. MBT voor borderline-persoonlijkeitsstoornis is het meest onderzocht, met positief resultaat. Voor overige toepassingsgebieden zijn minder onderzoeksresultaten beschikbaar.

TABEL 2
MBT: TOEPASSINGSGEBIEDEN EN ONDERZOEK

<i>Toepassingsgebied</i>	<i>Referentie</i>	<i>Onderzoek</i>	<i>Referentie</i>
Borderline PHS ¹	Bateman & Fonagy 2006	²	²
Antisociale PHS	Bateman & Fonagy 2012c; Yakeley 2014	-	
Overige PHS en neurotische problematiek	Fonagy e.a. 2002; Deben-Mager & Folkers 2014	-	

Moeders met baby's/peuters, IMH ³	Slade e.a. 2010	Pilot, RCT ⁴ , ambulantly, 105 moeder-babyparen	Sadler e.a. 2013
Kinderen	Verheugt-Pleiter e.a. 2005; Zevalkink e.a. 2012	-	
Adolescenten	Bleiberg e.a. 2012	RCT, ambulantly, 80 patiënten Pilot, klinisch, 11 patiënten	Rossouw & Fonagy 2012 Laurensen e.a. 2014
Depressie ⁵	Lemma 2011a; Delfstra 2011	Pilot, 16 patiënten	Lemma e.a. 2011b
Eetstoornissen	Skarderud & Fonagy 2012	-	
Somatoforme stoornissen	Luyten e.a. 2012b ⁶ ; Houtveen e.a. 2015	Prospectief observationeel, (dag)klinisch, 183 patiënten Pilot, dagklinisch, 89 patiënten	Houtveen e.a. 2015 Selders e.a. 2015
Drugsverslaving	Philips e.a. 2012	-	
Drugsverslaafde moeders met baby's	Suchman e.a. 2012	RCT, ambulantly, 47 moeder-babyparen Cohort, klinisch, 34 moeder-babyparen	Suchman e.a. 2012 Suchman e.a. 2012
Trauma	Ten Kate & Muller 2007; Allen e.a. 2012	-	
Seksverslaving	Berry & Berry 2014	-	

TOELICHTING

1. PHS: *PERSONLIJKHEIDSSTOORNIS*; 2. ZIE TABEL 3; 3. IMH: *INFANT MENTAL HEALTH*;

4. RCT: *RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL*; 5. DIT: *DYNAMIC INTERPERSONAL THERAPY*;

6. DIT-FSD: *DYNAMIC INTERPERSONAL THERAPY — Functional somatic disorders*

TABEL 3

MBT: ONDERZOEK BIJ BORDERLINEPERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

	<i>Referentie</i>	<i>Soort onderzoek</i>	<i>Uitkomst</i>
1	Bateman & Fonagy 1999	RCT (MBT-DH ¹ versus TAU ²), 44 patiënten	MBT-DH beter dan TAU op alle belangrijke uitkomstmaten, zoals depressieve symptomen, automutilatie, sociaal- en interpersoonlijk functioneren
2	Bateman & Fonagy 2001	Follow-up 18 maanden van #1	Bij MBT-DH verdere verbetering, bij TAU niet
3	Bateman & Fonagy 2008	Follow-up 5 jaar van #1	MBT-DH nog steeds beter op alle uitkomstmaten dan TAU
4	Bateman & Fonagy 2009	RCT (MBT-IOP ³ versus SCM ⁴), 134 patiënten	Zowel MBT-IOP als SCM effectief. MBT-IOP effectiever op gebied van suïcidepogingen, ernstige automutilatie en zelfrapportagelijsten
5	Bales e.a. 2012	Prospectieve cohort studie (MBT-DH), 45 patiënten	MBT-DH goed te implementeren in behandelsetting in ander land
6	Jorgensen e.a. 2013	RCT (MBT-IOP versus SP ⁵), 85 patiënten	Zowel MBT-IOP als SP effectief. Alleen globaal niveau van functioneren meer verbeterd bij MBT-IOP dan bij SP
7	Jorgensen e.a. 2014	Follow-up 18 maanden van #6	Zowel bij MBT-IOP als SP effecten van einde studie behouden, geen verdere verbetering

TOELICHTING

1. MBT-DH: MBT Day Hospital; 2. TAU: Treatment As Usual; 3. MBT-IOP: MBT Intensive Out Patient; 4. SCM: Structural Clinical Management; 5. SP: Supportive Group Therapy

¶ *Discussie en toekomst*

De afgelopen twintig jaar zijn het concept 'mentaliseren' en diverse vormen van op mentaliseren gebaseerde behandelingen (MBT's) ontwikkeld, die in meerdere of mindere mate onderzocht zijn of worden met veelbelovend resultaat.

In eerste instantie ontstond MBT voor ontwikkelingspathologie, in de vorm van ‘developmental help’ voor kinderen, en MBT voor persoonlijkheidsstoornissen. In deze behandelingen wordt nadruk gelegd op het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen, dat onvoldoende aanwezig is (‘defect’). De therapeut fungeert als een veilige, adequaat spiegelende gehechtheidsfiguur. Pas als het mentaliserend vermogen voldoende ontwikkeld is, komt ruimte voor rouwen over ongementaliseerde trauma’s en onvermijdelijke imperfecties van het leven en voor het ontwikkelen van een realistisch zelfgevoel met een mild superego. Een risico van deze vormen van MBT kan zijn dat te vroeg met de behandeling gestopt wordt. Met andere woorden: na het ontwikkelen van het mentaliserend vermogen zou de therapeut de patiënt achter kunnen laten met onverwerkte trauma’s. Dit risico is mijns inziens inherent aan de huidige organisatie van zorg met het adagium ‘Hoe korter, hoe beter’ — een uitgangspunt dat vaak niet in het belang van de patiënt is, terwijl dit wél altijd voorop dient te staan. Ook is het risico om voortijdig te stoppen met de behandeling volgens mij groter als de therapeut uitsluitend in MBT opgeleid is en niet (ook) als algemeen psychoanalytisch psychotherapeut of psychoanalyticus.

In tweede instantie ontstonden MBT-vormen voor conflictpathologie, zoals bij patiënten met een neurotische persoonlijkheidsorganisatie of een depressie. Hierin worden ongementaliseerde trauma’s als het ware omgevormd tot trauma’s waarover gedacht en gevoeld kan worden met enige reflectie. Trauma’s waar de patiënt minder last van heeft. Een risico van deze behandelingen zou kunnen zijn dat onvoldoende aandacht besteed wordt aan het zelfgevoel en de ontwikkeling van een milder geweten.

In de toekomst zal de theorievorming over mentaliseren zeker aangepast worden, waarbij het begrip ‘epistemisch vertrouwen’ waarschijnlijk een grote rol zal spelen (Fonagy & Allison 2014). Ook is de verwachting dat behandelprogramma’s voor de diverse toepassingsgebieden verder ontwikkeld en uitgebreid zullen worden met meer ondersteunend onderzoek.

Literatuur

- ALLEN, J., FONAGY, P. & BATEMAN, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- ALLEN, J., LEMMA, A. & FONAGY, P. (2012). Trauma. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 419-444).
- ASEN, M.D. & FONAGY, P. (2012). Mentalization-based family therapy. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 107-128).
- BALES, D., BEEK, N. VAN, SMITS, M. e.a. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26, 568-582.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder — A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization — An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2004).

- Psychotherapy for borderline personality disorder — Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder — A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2008). Eight-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder — Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2012a). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington/Londen: American Psychiatric Publishing.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2012b). Individual techniques of the basic model. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 67-80).
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2012c). Antisocial personality disorder. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 289-308).
- BERRY, M.D. & BERRY, P.D. (2014). Mentalization-based therapy for sexual addiction — Foundations for a clinical model. *Sexual and Relationship Therapy*, 29, 245-260.
- BLEIBERG, E., ROSSOUW, T. & FONAGY, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 463-509).
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss — Volume 1: Attachment*. Londen: Hogarth Press.
- DEBEN-MAGER, M. & FOLKERS, C. (2014). Op mentaliseren gebaseerde psychoanalyse en psychodynamische psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 20, 37-51.
- DELFTSTRA, G. (2011). Dynamische interpersoonlijke therapie (DIT) — Een kortdurend psychoanalytisch alternatief voor de behandeling van angst en stemmingsklachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 259-274.
- DELFTSTRA, G. & PEETERS, G. (2011). Mentalisatie bevorderende therapie (MBT) in de groep — Samen ontdekken hoe de geest werkt. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 5-16.
- FONAGY, P. & ALLISON, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 3, 372-380.
- FONAGY, P., BATEMAN, A.W. & LUYTEN, P. (2012). Introduction and overview. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 3-42).
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E.L. & TARGET, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- HOUTVEEN, J.H., BROECKHUUSEN-KLOTH, S. VAN, LINTMEIJER, L.L. e.a. (2015). Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder, a prospective evaluation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 141-148.
- JORGENSEN, C.R., BOYE, R., ANDERSEN, D. e.a. (2014). Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder — Clinical outcomes and functioning. *Nordic Psychology*, 66, 254-273.
- JORGENSEN, C.R., FREUND, C., BOYE, R. e.a. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder — A randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 305-317.
- KARTERUD, M.D. & BATEMAN, A.W. (2012). Group therapy techniques. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 81-105).
- KATE, J. TEN & MULLER, N. (2007). Mentaliseren leren om te kunnen rouwen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 319-332.
- KJOLBE, M. & BATEMAN, A.W. (2012). Outpatient settings. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 227-245).
- LAURENSSEN, E.M.P., HUTSEBAUT, J., FENSTRA, D.J. e.a. (2014). Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms — A pilot study. *Psychotherapy*, 51, 159-166.

- LEMMA, A., TARGET, M. & FONAGY, P. (2011a). *Brief dynamic interpersonal therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- LEMMA, A., TARGET, M. & FONAGY, P. (2011b). The development of a brief psychodynamic intervention (Dynamic Interpersonal therapy) and its application to depression — A pilot study. *Psychiatry*, 74, 41-48.
- LUYTEN, P., FONAGY, P., LOWYCK, B. & VERMOTE, R. (2012a). Assessment of mentalization. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 43-62).
- LUYTEN, P., VAN HOUDENHOVE, B., LEMMA, A. e.a. (2012b). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 121-140.
- PHILIPS, B., KAHN, U. & BATEMAN, A.W. (2012). Drug addiction. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 445-461).
- ROSSOUW, T.I. & FONAGY, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents — A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of the Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1304-1313.
- SADLER, L.S., SLADE, A., CLOSE, N. e.a. (2013). Minding the baby — Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home-visiting program. *Infant Mental Health Journal*, 34, 391-405.
- SELDERS, M., VISSER, R., WILBERT VAN ROOIJ, W. VAN e.a. (2015). The development of a brief group intervention (dynamic interpersonal therapy) for patients with medically unexplained somatic symptoms: a pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29, DOI: 10.1080/02668734.2015.1036106
- SKARDERUD, F. & FONAGY, P. (2012). Eating disorders. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 347-383).
- SLADE, A., SADLER, L.S., CLOSE, N. e.a. (2010). *Minding the baby treatment manual*. New Haven CT: Yale University Press.
- SUCHMAN, N., PAJULO, M., KALLAND, M. e.a. (2012). At-risk mothers of infants and toddlers. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 309-346).
- VAN GAEL, M. (2012). Mentaliseren als kompas voor het team in een klinische behandelsetting. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 38, 5-20.
- VERHEUGT-PLEITER, J.E., SCHMEETS, M.G.J. & ZEVALKINK, J. (2005). *Mentaliseren in de kindtherapie*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- VERMOTE, R., LOWYCK, B., VANDEN-EEDE, B. e.a. (2012). Psychodynamically oriented therapeutic settings. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 247-269).
- WOLF, DE M.H.M. (2015). *Psychoanalytische theorievorming en de DSM-5 — Ontwikkeling en psychopathologie*. Bussum: Coutinho.
- YAKELEY, J. (2014). Mentalization-based group treatment for antisocial personality disorder. In J. Woods & A. Williams (red.), *Forensic group psychotherapy — The Portman Clinic approach* (p. 151-182). Londen: Karnac.
- ZEVALKINK, J., VERHEUGT-PLEITER, J.E. & FONAGY, P. (2012). Mentalization-informed child psychoanalytic psychotherapy. In Bateman & Fonagy (2012a) (p. 129-158).

SUMMARY

Mentalizing and mentalization-based treatments: MBT

The concept of mentalizing was described in the 1990s. At the same time mentalizing enhancing techniques started to be used in psychoanalytic therapies, for children and adults. A treatment manual was developed for borderline personality disorder. Randomized controlled trials showed the effectiveness of this Mentalization-Based Treatment. Meanwhile, mentalizing-based treatments have been developed in different settings for a variety of applications. Focus, therapist attitude

and interventions are similar in these treatments. For the therapist a temporary loss of mentalization might occur in all kinds of treatment and demands continuous awareness.

The scope of this article gives a tentative summary of the concept of mentalizing and of mentalizing-based treatments and research.

Key words: MBT, mentalizing, mentalizing-based treatment, overview, research

Manuscript ontvangen 30 mei 2015

Definitieve versie 29 juli 2015