

Mentalization-Based Treatment

Voor vaktherapeuten ook de nieuwste trend?

“We leren therapeuten te doen wat ze al doen”, zegt Peter Fonagy op zijn innemende manier tijdens een studiedag. In dit artikel wordt onderzocht wat we kunnen leren van wat we kennelijk al doen en hoe een mentaliserende focus daarbij kan helpen.

In dit artikel ...

- ... wordt ingegaan op Mentalization-Based Treatment (MBT) ontwikkeld door Bateman en Fonagy;
- ... onderzoekt de auteur waarom MBT zo in de belangstelling staat;
- ... wordt de toepassing in vaktherapie verduidelijkt door voorbeelden uit beeldende therapie met borderline cliënten.

Inleiding

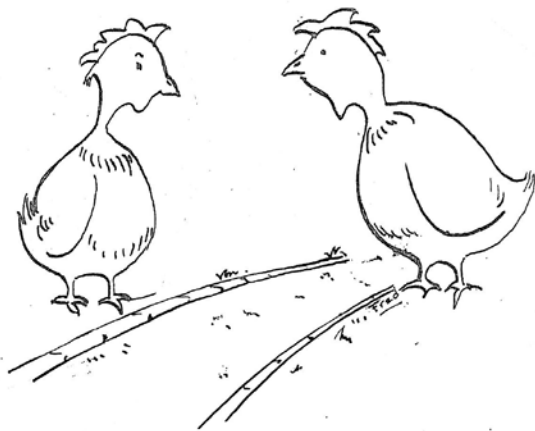
Hoe komt het dat Mentalization-Based Treatment (MBT) zo in de belangstelling staat? Dat komt doordat ... ik weet het niet! Ik kan immers niet in de geest van andere enthousiaste therapeuten kijken. Ik kan er wel over mentaliseren! Ik kan proberen te begrijpen waarom collega's dit ook een goed toepasbare methode vinden en tegelijkertijd realiseer ik me dat zij andere redenen kunnen hebben dan ikzelf om er enthousiast over te zijn. Kortom, we mentaliseren allemaal, de hele dag door. De eerste reden lijkt me dan ook, omdat het zo basaal menselijk en gewoon is. Een tweede reden is dat het gedachtegoed heel herkenbaar is. Dat wat je cliënten in je therapie ziet doen, wordt in een logisch theoretisch kader geplaatst.

Bij MBT is de opstelling van de therapeut bescheiden. Hij probeert zo dicht mogelijk bij de beleving van de cliënt te blijven. Zo ontstaat er authentieker werk. MBT is geen nieuwe therapie maar een nieuwe focus, er worden handvatten gegeven waar je je als vaktherapeut op kan richten en dat blijkt inderdaad wonderwel te zijn wat we al doen! En 'last but not least': de methode is wetenschappelijk onderbouwd en bewezen effectief.

In dit artikel geef ik aan wat er onder MBT wordt verstaan en probeer antwoord te vinden op de vraag hoe het komt

ik zou wel naar de overkant willen ..

... maar daar ben je toch al ?



Afbeelding 1: Voor het rechter kippetje bestaat er maar één werkelijkheid, alleen die van zichzelf. Zij kan zich niet verplaatsen in de geest van het kippetje tegenover haar. Zij interpreteert de geest van het kippetje verkeerd. Zij heeft een gebrekkig mentaliserend vermogen (afbeelding gemaakt door Fred Vermeulen).

dat MBT zo in de belangstelling staat. De voorbeelden die ik aanhaal zijn uit de beeldende praktijk met borderline cliënten, omdat ik daar zelf mee werk. MBT kan echter voor alle vaktherapieën waardevol zijn.

Mentalization-Based Treatment

Mentaliseren heeft te maken met begrijpend waarnemen, met het kunnen inleven en interpreteren van de geest van de ander en jezelf.

MBT benadrukt het basale gegeven van 'ik ben ik en jij bent jij'. Het lijkt zo voor de hand liggend, toch is het besef dat ieder van ons een eigen geest heeft van waaruit hij reageert, iets wat we makkelijk vergeten, totdat we er weer mee geconfronteerd worden dat de ander zijn eigen verlangens, behoeftes, overtuigingen en bedoelingen heeft. Mentaliseren voltrekt zich voor het belangrijkste deel buiten onze bewuste controle om: automatisch, intuïtief als een snelle reactie op de talloze sociale gebeurtenissen om ons heen (Bateman & Fonagy, 2007). We zien een gezichtsuitdrukking of een houding en interpreteren die, mede afhankelijk van ons eigen emotionele gemoed op dat moment.

Stilstaan bij de mentale toestand van de ander kan er voor zorgen dat je niet voortdurend voor verrassingen komt te staan en helpt bij het reguleren van onze emoties. Het kan als buffer dienen om de destructieve impact van anderen milder te maken.

Wanneer je te laat op een afspraak komt en je vriendin tegen je raast, dan helpt het te denken: "Ze staat me nu wel

de huid vol te schelden, maar ze heeft zich natuurlijk heel erg ongerust gemaakt." Door je in haar in te leven, weet je dat je echt niet de onverantwoordelijke vriendin bent die ze nu beweert dat je bent. Bij cliënten die deze buffer veelal niet hebben, zal de beschuldiging 'vol' binnen komen.

Gevoelens in onszelf en onze indrukken van de gevoelens van anderen voorzien ons van een aanzienlijke hoeveelheid informatie over de mentale toestanden die ten grondslag liggen aan gedrag (Damasio, 2003). Wanneer je de mentale toestand van je medemens niet snapt of verkeerd interpreteert, kan het contact met de ander tot allerlei misverstanden leiden. Soms valt het ook niet te begrijpen, zoals bij misbruik: nadenken over de intenties van een dader is vaak te pijnlijk en onbegrijpelijk. Het misbruik blijft dan een ongegmentaliseerde ervaring. Het krijgt geen betekenis, waardoor het een los projectiel blijft in iemands geest.

Mentaliseren betreft niet alleen het snappen en interpreteren van andermans geest, maar ook het snappen en interpreteren van je eigen mentale toestand.

Achtergrond MBT

MBT is een manier van behandelen die ontwikkeld is door Antony Bateman en Peter Fonagy. De behandeling richt zich op het mentaliserend vermogen van cliënten en is geschikt voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek en borderline persoonlijkheidsstoornissen in het bijzonder.

MBT is onder andere ontwikkeld aan de hand van bevindingen van de hechtingstheorie (Bowlby, 1988). Een veilige hechting met de verzorger zorgt ervoor dat het jonge kind een psychologisch Zelf kan ontwikkelen, door zijn innerlijke toestand te herkennen in de reactie van de verzorger. Wanneer het kleine kind bijvoorbeeld kirt van plezier en zijn ouder kijkt hem lachend aan, dan zal het kind zich herkend voelen in zijn plezier (Stern, 2000). Als de ouder het kierende kind negeert, zal het kind na verloop van tijd stil vallen en angstig om zich heen gaan kijken. "Voor de ontwikkeling van het begrip van anderen is het cruciaal dat zorgzame, niet-bedreigende volwassenen de mentale toestanden van het kind goed begrijpen." (Bateman & Fonagy, 2007, p. 28). "Meer algemeen kan men zeggen dat het kind verwacht dat het allerlei soorten kennis over de wereld krijgt via de geest van iemand die het vertrouwt." (Bateman & Fonagy, 2007, p. 18). Een veilige hechting biedt een ideale voedingsbodem voor het ontluiken van een scala van vermogens die belangrijk zijn voor de normale zelfontwikkeling.

MBT en persoonlijkheidsproblematiek

In de MBT-behandelfilosofie wordt vertrokken vanuit de overtuiging dat persoonlijkheidsproblemen zich vooral tonen in hoe de cliënt zichzelf beleeft en in hoe hij denkt, voelt en zich gedraagt in het contact met de ander.

Symptomen als (zelf)destructief gedrag, maar ook angst- en stemmingsproblemen worden gezien als manieren om onverdraaglijke gevoelens of gedachten, die ontstaan in het contact met anderen, te reguleren.

Het doel is om in therapie samen te gaan begrijpen waarom ieder doet zoals hij doet, en hoe ieder naar zichzelf en naar de wereld kijkt. De benadering gaat ervan uit dat een persoonlijkheidsstoornis veel te maken heeft met een ontwikkelingsachterstand van het mentaliserend vermogen. Naarmate de cliënt beter gaat begrijpen waarom hijzelf en de ander zo reageren, verwerft hij meer controle over zijn impulsen en gevoelens en wordt het contact met de ander genuanceerder en minder bedreigend.

Enkele uitgangspunten

- Mentaliseren is een capaciteit die gestimuleerd moet worden – het is niet iets wat vanaf de geboorte aanwezig is – en komt het beste tot ontwikkeling binnen een veilige hechtingsrelatie;
- MBT is ontwikkeld vanuit de analytische therapie, maar is geen inzichtgevende therapie. Er wordt in het hier-en-nu gewerkt, in de interactie en groepsgericht;
- De focus ligt op de mentale toestand (mental state), niet op het gedrag;
- Het verleden komt alleen aan bod als het in het hier-en-nu actueel wordt. Er worden wel verbanden gelegd, maar het heden wordt niet simpelweg verklaard door het verleden. Dus geen duiding zoals: “Je reageert nu zo, omdat ik je aan je moeder doe denken.” Maar bijvoorbeeld de vraag: “Wat is het in mijn houding dat ervoor zorgt dat je nu zo van streek raakt?”;
- De therapeut is niet degene die het weet. Hij neemt de onderzoekende houding aan van niet weten, maar graag willen begrijpen;
- Clienten met persoonlijkheidsproblematiek zijn doorgaans in staat om te mentaliseren in affectief neutrale situaties. In therapie wordt echter een paradoxale situatie gecreëerd, de hechting zal toenemen en daarmee zal het mentaliserende vermogen afnemen, aangezien het gehechtheidssysteem en het systeem betrokken bij mentalisering elkaar wederzijds afremmen. Dit is vergelijkbaar met de uitdrukking ‘liefde maakt blind’. Cliënten worden door de mentaliserende houding van de therapeut aangemoedigd om ook bij verhoogde gehechtheid en arousal, mentalisering niet los te laten, maar een onderzoekende houding aan te blijven nemen (Van Gael, in Hebbrecht & Willemssen, 2007);
- De focus van de behandeling ligt op het aanmoedigen van mentaliseren bij cliënten én bij therapeuten;
- Alle therapieën in een multidisciplinaire setting hebben het doel om het mentaliseren aan te moedigen, de vaktherapieën dus ook.

Herkenbare begrippen

Hier noem ik enkele begrippen die binnen de vaktherapie herkenbaar naar voren komen. Voor de volledige, vrij gecompliceerde theorie verwijs ik naar de literatuur.

MBT beschrijft drie modi hoe de psychische realiteit beleefd kan worden: de ‘equivalent mode’, de ‘pretend mode’ en de ‘integrative mode’. “Enerzijds zijn het fasen in de normale ontwikkeling, anderzijds zijn het verschillende niveaus van denken die bij patiënten naast elkaar kunnen voorkomen.” (Verheugt-Pleiter et al., 2005, p.15)

Equivalent mode

Een werkstuk gaat opeens zo leven voor de cliënt dat de emoties te heftig worden en hij gaat dissociëren. Meestal gaat het tijdens het werken nog ‘goed’, maar op het moment dat hij er tijdens de nabespreking opnieuw naar kijkt en er woorden aan wil geven, wordt hij overspoeld door zijn emoties. Het werkstuk wordt niet meer als slechts een representatie van een gevoel of herinnering beleefd, maar wordt realiteit. De binnenwereld van de cliënt en de buitenwereld vallen op zo’n moment samen, ze worden als gelijk/equivalent beleefd. In MBT wordt dit de ‘equivalent mode’ genoemd.

Pretend mode

Een cliënt kan veel indrukwekkende werkstukken maken en er zelf niets bij voelen. Het lijkt alsof hij leeg is van binnen, maar ondertussen komt er een indrukwekkend emotioneel geladen werkstuk op papier. In de nabespreking voelen de kijkers vaak van alles. Maar bij de maker is er geen verbinding voelbaar met wat er in hem leeft. Zijn binnen- en buitenwereld moeten gescheiden blijven. Dit heet binnen de MBT de ‘pretend mode’, of de doe-alsof modus.

Integrative mode

Het doel van de behandeling is dat cliënten binnen- en buitenwereld als losstaande, maar ook met elkaar verbonden werelden kunnen gaan beleven. Dit wordt de ‘integrative mode’ genoemd. Volgens Bateman en Fonagy wordt dit bereikt dankzij speelse interactie met de verzorger in een ‘transitional space’ (Winnicott, 1971): een overgangsruimte waar gedachten, gevoelens en belevingen, noch louter aan de binnenwereld, noch alleen aan de buitenwereld toebehoren, waardoor zij hun overweldigende kracht gaan verliezen.

Alien Self

Borderline cliënten maken vaak heftige werkstukken, werken graag groot, vol expressie en met overvloedig materiaalgebruik. Ze ‘gooien’ als het ware delen uit hun innerlijke wereld naar buiten terwijl het door henzelf niet als geïntegreerde eigen expressie wordt gevoeld.



Afbeelding 2: Wraak op pijn.

In MBT wordt dit expressie van het Alien Self (vervreemd zelf) genoemd. Het Alien Self verwijst naar de stukken in jezelf die je overgenomen hebt van de ander en die je niet hebt kunnen integreren binnen de rest van je persoonlijkheid. De persoonlijkheid is ontstaan uit de herkenning van de innerlijke toestand van het kind in de reactie van de ouder. Het kind wiens innerlijke ervaring niet erkend of voortdurend verkeerd geïnterpreteerd wordt, krijgt geen of een heel andere interpretatie van zijn gedrag. Innerlijke ervaringen van het kind blijven onbenoemd, er wordt geen representatie gevormd. Op de vraag: "Wat is het wat ik voel", komt geen antwoord, of wordt bijvoorbeeld geantwoord met: je krijgt slaag. Het kind zal in zich opnemen "Ik ben slecht, want ik wordt geslagen" (Van Gael, 2005).

Om het Zelf toch als samenhangend te ervaren, zal het kind en later de volwassene dit vreemde zelfdeel weer als buiten zichzelf proberen te ervaren (door middel van projectie of externalisatie). Er worden dan controlerende strategieën gebruikt om de ander, de emoties en gedachten te laten ervaren die geïnternaliseerd werden als deel van de eigen persoonlijkheid, maar die niet echt als van zichzelf worden gevoeld.

Marja zegt over haar werk (afbeelding 2): "Als ik iemand lief heb, zal ik hem laten voelen hoe ik liefde gevoeld heb." In MBT-termen kan het zwarte stuk dat uit het hart stroomt als het oneigen deel van zichzelf, het Alien Self, beschouwd worden.

Het Alien Self is ook herkenbaar in het werk van Els (afbeelding 3). Zij voelt zich slecht, omdat ze slechtheid in zich opgenomen heeft als deel van haar persoonlijkheid. Ze noemt het haar 'slechtheidstoornis'. Over het beeld kan ze nog niet veel zeggen, ze voelt er weinig bij, alleen dat zij de blokken staat weg te duwen, maar dat de opening steeds kleiner wordt. Ze zit in de 'pretend mode'. Ze heeft er wel een gedicht bij geschreven:



Afbeelding 3: Tussen de blokken.

*"Ik word verpletterd door mijn gedachten
Ik verdien het niet te leven
Ik heb vele slechte dingen gedaan
Ik ben gewoon heel slecht
Wat nou de ziekte borderline?
Is dat een nieuw synoniem voor het slecht zijn?
Wat nou persoonlijkheidsstoornis? Achtervolgd worden
door je geweten, gedachtes en herinneringen, dat is het
gewoon. Het is gewoon een slechtheidstoornis
Elke dag opnieuw de strijd aangaan
Waarom leven als de dood veel makkelijker is?
Verdriet dat ik anderen ermee doe?
Ach ja, is niets vergeleken met wat ik levend nog aan kan
richten."*

De oneigen ervaringen worden niet echt als van zichzelf gevoeld en gemakkelijk losgekoppeld van de zelfbeleving en zoals in dit gedicht ervaren als verpletterende gedachtes. Fonagy gebruikt voor dit proces de term kolonisering. Het verwijst naar ingenomen worden door een vreemde ander, de kolonisator, die je domineert en achtervolgt van binnen-uit, maar toch vreemd blijft.

Teleologisch denken

Een ander MBT begrip, teleologisch denken, helpt begrip op te brengen voor cliënten. *Fieke blijft vaak een beetje treuzelen aan het eind van de sessie. Dan vraagt ze aan me, of ik haar even vast kan pakken. Ik verwijs haar keer op keer naar haar groepsgenoten voor een knuffel. Vertwijfelt vraagt ze me waarom ik haar niet aardig vind. Nu snap ik dat Fieke pas kan geloven dat ik om haar geef als ik haar daadwerkelijk vastpak. Zo lukt het cliënten ook beter om zich veilig te voelen als ze hun muts op hun hoofd voelen of met opgetrokken knieën op hun stoel zitten.*

Teleologisch denken is een primitieve manier van denken waarbij alleen het fysiek waarneembare (zien, voelen) betekenis heeft – kinderen van een jaar of twee zitten in de

teleologische fase. Achterliggende intenties van het gedrag van de ander of zichzelf worden nog niet gezien of niet begrepen.

Om intenties te begrijpen, moet je kunnen mentaliseren. Dat verlangt een rijper ontwikkelde geest, of mentale toestand. Teleologische modellen ontwikkelen zich naar intentionele mentaliserende modellen uitsluitend binnen de menselijke interactie, in contact met een welwillende ander.

Beeldende therapie

Bateman en Fonagy schrijven (2004, p. 172-174):

“Expressieve therapie (vaktherapie) creëert een alsof-situatie, die veiligheid biedt om de belevingswereld van de cliënt uit te drukken en betekenis toe te kennen. Ervaring en gevoel worden uit de binnenwereld gehaald en in de buitenwereld geplaatst, waardoor de voorwaarde geschapen wordt dat het expliciet gementaliseerd kan worden. De tastbare werkstukken maken gevoelens hanteerbaar en zorgen ervoor dat het begrijpen van zichzelf en de groepsgenoten makkelijker toegelaten kan worden. Ieder kan zich richten op het werkstuk, waardoor voor de cliënt de angst voor het contact hanteerbaarder wordt.”

“De essentie van vaktherapie is: Cliënten brengen iets van zichzelf naar buiten; het is van hen maar nu ook buiten hen, waardoor het zowel een aspect van henzelf vertegenwoordigt, als ook gewoon een tekening of een werkstuk is.”

Toen ik dit las dacht ik: “Ja, dat is wat we als vaktherapeuten doen, Bateman en Fonagy hebben het begrepen!” Verder schrijven ze: “In therapie kan gespeeld worden in een overgangsgebied (transitional space) waar gedachten en belevingen bereikbaar worden, en noch alleen aan de binnenwereld, noch alleen aan de buitenwereld toebehoren. Het doel is dat ze als met elkaar verbonden en toch losstaand van elkaar beleefd kunnen gaan worden.”

Dit alles zorgt ervoor dat de cliënt meer samenhang in zichzelf kan gaan ervaren en beter leert snappen hoe het tussen mensen kan werken. ‘Playing with reality’ (spelen met de werkelijkheid) is mijns inziens de essentie en het verbindende element van vaktherapie en Mentalization-Based Treatment (Kaarsemaker-Verfaillie, 2008).

Van teleologisch naar intentioneel

In therapie ga je de cliënt leren om teleologische manieren van denken om te zetten naar intentionele manieren van denken, van productgericht naar procesgericht. Het doel is om cliënten te leren verband te leggen tussen hoe ze iets eruit vinden zien en de intentie waarmee het gemaakt is. *Doorschuifopdrachten waarbij je steeds verder moet werken op het beeld van je voorganger lenen zich daar goed voor. In de nabespreking, waar we met de laatste schildering beginnen, kunnen cliënten bijvoorbeeld teleurgesteld zijn, omdat hun werk helemaal anders is begrepen dan dat*

ze bedoeld hebben. Of ze kunnen zien, dat ze hun eigen ideeën hebben uitgevoerd, en die van hun voorgangers niet hebben opgepikt.

Vaktherapieën zijn handelend en ervaringsgericht en nodigen daarmee juist uit tot teleologisch denken. Ik denk dat het voor cliënten die nog niet goed intentioneel kunnen denken daarom zo prettig is om in beeldende therapie hun gevoel concreet, fysiek uit te kunnen drukken. Groepsgenoten zien de abstracte geest van hun groepsgenoot concreet uitgebeeld. Het is veilig en behapbaar. Het contact met elkaar loopt via het werkstuk. Het is steeds tastbaar aanwezig en mogelijk om aan te wijzen waar bijvoorbeeld elkaars intenties verkeerd geïnterpreteerd worden. Interactie vindt, via het werkstuk, vertraagd plaats en niet via het directe contact met elkaar. Daarnaast kan er gespeeld worden met de verschillende werkelijkheden die er tegelijk bestaan: de intenties, de gevoelens, de handelingen en gewoon het feit dat het maar een stuk papier en wat verf is.

Op een andere manier kan je als beeldend therapeut ook ‘gebruik maken’ van teleologisch denken. Wanneer een cliënt een heftig emotioneel geladen werkstuk heeft gemaakt en het moeilijk vindt om er los van te komen, vraag ik haar het werkstuk voor nu te parkeren, door het heel bewust in haar map te stoppen en in de kast te zetten. Het daadwerkelijk fysieke parkeren is een tastbare handeling, die makkelijk uit te voeren is. Hiermee probeer ik haar een bruggetje te laten slaan om het emotionele onderwerp ook geestelijk te parkeren, wat moeilijkere geestelijke arbeid verlangt.

Bescheiden opstelling van de therapeut

Schroom niet je fouten toe te geven en blijf mentaliseren. *Ik ben vijf minuten te laat bij het lokaal en de groep staat voor de gesloten deur te wachten.*

Cliënten: “Te laat Marianne, het gaat niet door.”

Therapeut: “Ja dat klopt, sorry jongens, kom eerst even binnen. Ik kan me voorstellen dat jullie balen dat ik te laat ben.”

Cliënten: “Ja, als wij te laat zijn, mogen we er niet meer in, en nu ben jij te laat en laat de groep wel gewoon doorgaan.”

Therapeut: “Ja, als ik dat vanuit jullie oogpunt bekijk, lijkt dat een scheve redenering.”

Cliënten: “Ja, we vinden dat de sessie niet door kan gaan.” Mijn mentaliserende vermogen dreigt ten onder te gaan aan de overtuigingskracht van negen gefrustreerde groepsleden, die met hun jas aan in het lokaal blijven staan. Door mijn emotionele betrokkenheid (‘stom van me om de tijd te vergeten, ze hebben natuurlijk gelijk’) neemt mijn mentaliserende vermogen nog verder af. Ik denk op teleologische wijze: “Ze houden hun jas aan, dus lopen ze dadelijk allemaal weg.” Ik tracht in de mentaliserende positie te blijven, zodat cliënten en ikzelf kunnen blijven nadenken over het voelen, maar dat valt op dit moment niet mee. Ik vraag hen aan tafel

te komen zitten en stel hen een vraag waardoor ik hoop dat ze over mijn intentie na kunnen gaan denken.

Therapeut: "Wat denken jullie, als ik zeg dat het me spijt?"

Cliënten:

- "Niks, dat je het volgende keer weer doet."
- "Ik denk dat je er nu voortaan wel meer op zal letten."
- "Als wij te laat zijn doe jij ook nooit zo moeilijk. Maar ik vind dat je ons gevoel ontkent door ons eerst gewoon naar binnen te halen en te laten gaan zitten." In haar teleologische gedachtegang voelt deze cliënt zich vooral ontkend door wat ik **doe**.
- "Ik vind het eigenlijk wel zonde als het nu niet door zou gaan, want ik wil graag met iets aan de slag."
- "Ik geloof wel dat je het meent, maar ik vind het niet eerlijk voor de dramatherapeut als het nou bij jou wel door zou gaan, want van de week is drama ook niet doorgedaan." (loyaliteitgevoelens)

Therapeut: "Goed om te horen hoe het voor ieder van jullie voelt. Ik moet net zo hard op tijd komen als jullie, daarin hebben jullie gelijk en zijn we gelijk, maar we hebben verschillende taken en het is nu mijn taak om jullie therapie te geven, ook al was ik te laat."

Doordat ik alle verschillende gedachten en gevoelens van hen hoor, realiseer ik me dat de groep niet één weglopend blok vormt. Mijn teleologisch denken maakt weer plaats voor mijn mentaliserend vermogen.

Er kon bijna niet meer worden nagedacht over de intenties van zowel de groepsgenoten als de therapeut. Voor de cliënten betekende in hun teleologische gedachtegang de fysieke afwezigheid van de therapeut dat er geen therapie meer kon zijn. Voor de therapeut was het moeilijk om haar mentaliserend vermogen niet in te laten storten door haar verhoogde arousal en haar teleologische gedachtegang.

Als therapeuten zullen we vooral moeten leren verdragen. Wat mij geholpen heeft in heftige situaties, was om te denken: "Het is geen persoonlijke aanval op mij, de cliënten moeten iets kwijt om hun eigen stabiliteit weer terug te krijgen."

In vaktherapie kan naast het feit dat de externalisatie in de relatie cliënt-therapeut wordt uitgeleefd, de externalisatie ook veilig uitgeleefd worden in het medium. De overdracht gaat als het ware naar het materiaal en minder naar de therapeut. De overdracht is verdund (Kaarsemaker & Stapel, 2001). Probeer als therapeut ruimte te blijven nemen om te zorgen dat je kunt blijven nadenken over wat er nou precies gebeurt. Wat wil de groep of deze cliënt mij duidelijk maken wat ik niet genoeg hoor of zie? Wat is mijn eigen gevoeligheid? Zorg dat je als therapeut niet in de tegenoverdracht schiet. Draag uit dat je het aan kunt en dat je het kan containen, verdragen en erkennen. Zo niet, stop dan en laat je eigen emotie eerst

zakken en zeg dat je er later op terug wil komen. Bij teveel emotie neemt ieders mentaliserende vermogen af. Verder is het van belang om er op aan te dringen dat de cliënt ook verantwoordelijk is voor een stabiele werkrelatie met de therapeut en groepsgenoten.

Wetenschappelijke onderbouwing

De groep cliënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek was decennia lang één van de moeilijkst behandelbare groepen. Hulpverleners en cliënten kwamen vaak gevangen te zitten in de werkrelatie. De laatste jaren zijn er hoopvollere geluiden. Schematherapie (Jeffrey Young), dialectische gedragstherapie (Marscha Linehan,) Transference-Focused Therapy en Mentalization-Based Treatment blijken bewezen effectieve behandelmethoden te zijn voor deze doelgroep. Voor alle methodieken geldt dat het krachtig werkt als een heel team vanuit hetzelfde perspectief werkt. Voor de MBT betekent dit dat alles vanuit een mentaliserend oogpunt wordt beschouwd. Meegaan in de MBT-trend en ook een beetje MBT toevoegen, heeft weinig zin.

Bateman en Fonagy (1999, 2000) hebben wetenschappelijk aangetoond dat focussen op het mentaliserend vermogen helend werkt. Eerder werd aangenomen dat een brein in aanleg een mentaliserend vermogen heeft. Fonagy en anderen (2003) tonen door middel van onderzoek aan dat dit vermogen niet ontstaat als een gevolg van cognitieve ontwikkelingsprocessen, maar zich alleen ten volle kan ontwikkelen binnen een veilige relatie met verzorgers. Dit vermogen speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van een coherent Zelf of een 'ik' dat zichzelf ervaart als de initiator van eigen gedrag. Onderzoek naar de effectiviteit van MBT onder ambulante patiënten is bijna afgerond.

Nawoord

Ik denk dat MBT geen overwaaiende trend is. Enerzijds is het zo gewoon en doen we het inderdaad al, anderzijds is het een fijn vertakte therapeutische houding, waar je een mentaliserende omgeving voor nodig hebt.

Wanneer je enthousiast geworden bent, maar niet in een team werkt waar volgens de MBT-methodiek gewerkt wordt, kan je er toch wat aan hebben om de MBT-methodiek verder te bestuderen. Zonder dat je het mentaliserend focus actief gaat toepassen, kan het je helpen om beter te snappen en na te blijven denken over wat je in je therapie ziet gebeuren en hoe het bij cliënten kan werken. Het zal er toe bijdragen dat cliënten zich beter begrepen en gezien gaan voelen en dat is wat ze in hun leven vaak gemist hebben. Reacties zijn van harte welkom. E-mail: ME.Kaarsemaker@ggze.nl.

Literatuur

- Bateman, A.W. & P. Fonagy (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A.W. & P. Fonagy (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Bateman, A.W. & P. Fonagy (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder; Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A.W. & P. Fonagy (2007). *Mentaliseren bij de borderline persoonlijkheidsstoornis, praktische gids voor hulpverleners in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment Theory*. London: Routledge.
- Damasio, A.R. (2003). *Looking for Spinoza; Joy, Sorrow, and the feeling Brain*. New York: Harvest Books.
- Fonagy, P., M. Target, G. Gergely, J.G. Allen & A. Bateman (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 412-459.
- Gael, M. van (2005). *Interne publicatie van lezingencyclus over Mentalization-Based Treatment*. Mortsel (B).
- Gael, M. van (2007) In: Hebbrechts, M. & Willemsen, M. (red.). *De borderlinepatiënt in dagbehandeling. Over mentalisatie in een psychoanalytisch steunend milieu*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Kaarsemaker-Verfaillie, M.E. (2008). *Beeldende therapie en MBT; hoe integreer je die twee?* Eindhoven: Huisdrukkerij en boekbinderij GGzE.
- Kaarsemaker, M. & A. Stapel (2001). Kan een kameleon een schotse ruit aannemen? Beeldende therapie met borderline cliënten. In: C. Schweizer (red.). *In Beeld - doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*, 147-169. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Stern, D.N. (2000). *The interpersonal World of the infant*. New York: Basic Books.
- Verheugt-Pleiter, J.E., M.G.J. Smeets & J. Zevalkink (2005). *Mentaliseren in de kindtherapie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Winnicott, D.W.(1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock.

Auteur

Marianne Kaarsemaker-Verfaillie volgde de opleiding aan 'de Kopse Hof' en de Voortgezette Opleiding Groepswork. Zij is geregistreerd senior beeldend therapeut en supervisor. Sinds veertien jaar werkt ze op 'De Wende', afdeling voor klinische psychotherapie van de GGzE in Eindhoven.

Samenvatting

Mentalization-Based Treatment (MBT) is ontwikkeld door Bateman en Fonagy en is een bewezen effectieve behandeling van cliënten met persoonlijkheidsstoornissen. In deze therapie ligt de focus op mentaliseren: het vermogen tot begrijpend waarnemen, het kunnen inleven en interpreteren van de geest van de ander en jezelf. Er is veel belangstelling voor MBT en in dit artikel wordt onderzocht of het voor vaktherapeuten ook waardevol is. Er wordt ingegaan op enkele kernbegrippen uit de MBT en op de houding van de therapeut. ■

advertentie



HAN

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

De kunst van het presenteren

HAN-CTO organiseert alumni-bijeenkomst op 20 juni

Na het succes in november is er op deze bijeenkomst weer keuze uit een flink aantal thematische workshops. Ditmaal over de kunst van het presenteren. Op verzoek is er meer ruimte om elkaar te ontmoeten.

- **Op sterk water** (succesvolle theatergroep geeft 2 improvisatie-workshops).
- **Verbeter je presentatie** met psychodrama (Gerdi Tuender).
- **Dans jezelf naar buiten**. Beweging- en stemgebruik (Renate Hoenselaar).
- **Zoeken en vinden** van literatuur en publicaties via internet (Arjan Doolaar).
- **Van piano tot Powerpoint**. Muziek workshop (Jan Broekhuijsen).
- **Vaktherapie opzetten**. Ervaringen en tips uitwisselen (Marjan Helmich).
- **The Circle of Excellence**. Hulpbronnen benutten (Chris Raaijmakers).

Ook het FVB is aanwezig met informatie over o.a. het registratieproces. Deze dag wordt erkend met **2 registratiepunten**. Zorg dus dat je er bent op zaterdag 20 juni! Meld je snel aan www.alumni-cto.nl.

Tijd: 9.30-15.30 uur. Kosten: € 25,00.