

Mentaliseren in de psychotherapie

Een gids voor therapeuten

Carla Sharp
Dickon Bevington



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD'S

Oorspronkelijke titel: *Mentalizing in Psychotherapy: A Guide for Practitioners*. New York: The Guilford Press, 2022

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
Vertaling: Janine Langeveld, Amsterdam
Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam
Omslag: Buro Blikgoed, Haarlem

Copyright © 2022 The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc.
Published by arrangement with The Guilford Press
© Nederlandse vertaling, Uitgeverij Nieuwezijds, 2024

ISBN 978 90 5712 593 5

NUR 777

www.nieuwezijds.nl



Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

Opmerking van de serieredacteur

De serie *Psychoanalysis and Psychological Science* is ontwikkeld om een dialoog tot stand te brengen tussen onderzoekers en behandelaars. *Mentaliseren in de psychotherapie. Een gids voor therapeuten* van Carla Sharp en Dickon Bevington belichaamt dit oogpunt op zeer bewonderenswaardige wijze. Carla Sharp is academisch onderzoekspsychologe (en clinicus) en Dickon Bevington is een psychiater die in de frontlinie werkt met probleemjongeren voor de National Health Service (en is tevens medisch directeur van het Anna Freud Centre). Dit boek is bedoeld als praktische handleiding en biedt niet alleen kaders waarin informatie wordt samengevat en gedetailleerde praktijkvoorbeelden worden beschreven, maar ook specifieke boodschappen met relevantie voor de praktijk. Dit boek is ook een basisboek: het gaat ervan uit dat je nog niet bekend bent met mentaliseren of op mentaliseren gebaseerde behandelingen. De auteurs leggen uit wat de term ‘mentaliseren’ betekent en laten zien dat het een transdiagnostisch mechanisme voor verandering is dat op andere modaliteiten of behandelingen kan worden toegepast. Sharp en Bevington geven een uitgebreide inkijk in mentaliseren als een bijdragende factor aan salutogenese en, bij afwezigheid ervan, aan psychopathologie. Ze leren je hoe je beoordeelt of mentaliseren plaatsvindt en hoe je mentalisatievaardigheden kunt verbeteren, en leggen uit dat mentaliseren tevens deel uitmaakt van supervisie. Dit boek is een opmerkelijke prestatie, omdat het niet alleen het paradigma van mentaliseren vooruithelpt, zoals Peter Fonagy in zijn voorwoord beargumenteert, maar ook aan beginners of mensen met slechts een vage kennis van mentaliseren in heldere bewoordingen uitlegt wat dit concept inhoudt en waarom het zo’n opwindend onderzoeks- en behandelgebied is.

Dr. Elliot Jurist

Voorwoord

Toen op mentaliseren gebaseerde behandelingen begin jaren negentig – inmiddels alweer drie decennia geleden – hun intrede deden, was het voornaamste doel dat men evidence-based behandelingen wilde introduceren om de psychische gezondheid te verbeteren van mensen die dit nodig hadden (Roth & Fonagy, 1996; Fonagy, Target, Cottrell, Phillips & Kurtz, 2002). Men zag zich daarbij voor verschillende uitdagingen gesteld. Sommige behandelingen die routinematig werden toegepast, deden patiënten meer kwaad dan goed. Zo zagen mensen met de diagnose borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) in Noord-Amerika tijdens hun behandeling gemiddeld zes psychotherapeuten, die samen slechts een minimaal klinisch resultaat konden bewerkstelligen (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004). De ongemakkelijke waarheid achter deze teleurstellende cijfers was dat de meeste patiënten *achteruitgingen* ten gevolge van psychosociale behandelingen, omdat die hun vermogen om te herstellen juist belemmerden en er niet in slaagden om potentieel positieve veranderingen in hun sociale omstandigheden te benutten. Uit Michael Stones ontnuchterende follow-upstudie van patiënten met deze diagnose bleek dat na twintig jaar slechts 66% van hen was hersteld (Stone, 1990). De gebruikelijke behandeling bood, voor sommige diagnostische groepen althans, duidelijk een suboptimale oplossing, vergelijkbaar met behandelingen op basis van bloedzuigers, purgering en aderlating uit de zeventiende en achttiende eeuw. (Het is misschien niet helemaal toevallig dat deze laatste twee therapeutische methodes symptomen zijn van niet-suïcidale zelfbeschadiging [*nonsuicidal self-injury*, NSSI], en vaak worden gepraktiseerd door mensen met de diagnose BPS.)

De snelle ontwikkeling van evidence-based behandelingen voor diagnostische aandoeningen als BPS vertegenwoordigde een belangrijke vooruitgang in de patiëntenzorg, maar leidde ook tot de destigmatisering van aandoeningen die niet goed reageerden op ‘gebruikelijke behandelingen’,

waardoor ze een uitsluitingsdiagnose werden (National Institute for Mental Health England, 2003). Er werden trainingsprogramma's ontwikkeld om mensen die behandelingen toepasten vanuit een solide basis van evidence-based, gerandomiseerde, gecontroleerde studies de vereiste competenties te bieden om dit effectief te doen (Roth & Pilling, 2008; Roth, Pilling & Turner, 2010). De afgelopen vier decennia heeft de cultuur van evidence-based toepassingen in de psychische gezondheidszorg een vlucht genomen die niet meer te stuiten is. Ik ben er trots op dat ik, samen met collega's die de op mentaliseren gebaseerde methode binnen een aantal diagnostische groepen hebben ontwikkeld, een kleine maar significante rol heb mogen spelen in het bieden van de ethische, morele en pragmatische doelen van empirisch ondersteunde interventies (Bateman & Fonagy, 2019).

Wil dit zeggen dat de psychosociale behandeling van psychische stoornissen nu helemaal op orde is? Er zijn helaas nog twee grote obstakels die dit in de weg staan, maar dit briljante deel van deze serie, dat de principes en toepassing van op mentaliseren gebaseerde therapie (Mentalisation-Based Therapy; MBT) samenvat, reikt ons voor beide obstakels een manier aan om ze te overkomen.

Het bewijs waarop empirisch ondersteunde behandelingen zijn gestoeld is gebaseerd op categoriale diagnoses van psychische stoornissen. De opzet van gerandomiseerde, gecontroleerde studies is gebaseerd op de aanname dat stoorniscategorieën duidelijk zijn afgebakend; ze gaan uit van een onderliggende werkelijkheid van stoornissen die precies kan worden opgedeeld in niet-overlappende, elkaar uitsluitende en combinatorisch uitputtende groepen van aandoeningen (Rutter, 2013). Er is niet één behandelaar die ervan moet worden overtuigd dat de huidige taxonomieën verre van optimaal zijn om de klinische en sociale behoeften van mensen met een bepaald label in onder te brengen. Arbitraire drempels sluiten mensen uit van potentieel effectieve behandelingen die zouden kunnen voorkomen dat de stoornis verergert. Een belangrijke uitdaging is dat ongelijkheid in de verdeling van klinische middelen vaak is gerelateerd aan raciale, etnische en sociaal-economische kenmerken, waardoor sociaal onrecht eerder wordt vergroot dan verholpen. Velen, onder wie Sharp en collega's (2015) en de auteurs van dit boek, hebben baanbrekende bevindingen gedaan die de focus hebben verlegd van een systeem van vaste categorieën naar een op ontwikkeling gebaseerd dimensioneel systeem dat is gestoeld op een neurowetenschappelijk perspectief, waarbij het Research Domain Criteria-raamwerk van het National Institute of Mental Health (NIMH) een pioniersrol heeft vervuld (Sharp et al., 2016). De waarde van een transdiagnostische aanpak wordt algemeen erkend, omdat deze de

ervaringen in het dagelijks leven van mensen met psychische gezondheidsproblemen het beste weerspiegelt en tegelijkertijd de kans vergroot dat het onderzoeksgesprek en de behandeling op één lijn liggen met onderliggende mechanismen, neurobiologie en optimaal effectieve interventies. De op mentaliseren gebaseerde benadering, die door de auteurs van dit werk op briljante wijze wordt geïntroduceerd, maakt MBT tot een ‘schoolvoorbeeld’ van het transdiagnostische streven. MBT staat open voor de genetische mechanismen die samenhangen met neurologische ontwikkelingsstoornissen en neemt tevens de transdiagnostische risicofactoren in de vroege psychosociale omgeving in ogenschouw die vaak samenhangen met verwaarlozing in de kindertijd en complex ontwikkelingstrauma.

De tweede uitdaging, die tot dusverre vrijwel onoverkomelijk was, komt voort uit het feit dat psychische gezondheidsproblemen zo wijdverbreid zijn over de gehele bevolking (Kazdin, 2019). Er zijn simpelweg te veel mensen met psychische gezondheidsproblemen voor een toereikend bevolkingsgebaseerd gezondheidsinitiatief. Enige tijd geleden hebben we een berekening gemaakt (die inmiddels tamelijk achterhaald is): als alle professioneel geschoolde klinisch psychologen negen uur per dag zouden werken, zonder lunchpauze, en niets anders zouden doen dan individuele of groepstherapieën aanbieden op basis van de beste beschikbare bewijzen, dan zouden ze slechts één op de twaalf kinderen en jongeren met een mogelijke psychische stoornis therapie kunnen bieden. Er bestaat duidelijk een groot tekort aan adequate hulp, dat vaak wordt aangeduid als de *behandelingskloof*. Dit tekort benadeelt wederom de mensen met de minste middelen en de grootste handicaps.

Dit boek vertegenwoordigt een grote en in mijn ogen cruciale stap richting het dichten van deze kloof. Naar onze mening kan de behandelingskloof niet worden gedicht zonder degenen die nog *geen* empirisch onderbouwde gezondheidszorg bieden aan te moedigen om zo veel mogelijk beproefde effectieve therapeutische interventies te bieden. Op dit punt biedt de geschiedenis van MBT ons de nodige aanwijzingen. MBT is ontwikkeld vanuit de behoefte aan psychotherapeutische hulp in een dagkliniek waar verpleegkundigen, medisch assistenten, sociaal werkers en ergotherapeuten werkzaam zijn die geen formele training in psychotherapeutische interventie hebben genoten (Bateman & Fonagy, 1999a, 1999b). MBT vereist geen diepgaand psychologisch inzicht van de behandelaar over de complexe oorzaken van verschillende psychische gezondheidsproblemen. Zoals in dit boek wordt uiteengezet, heeft mentaliseren zijn wortels in de volkspychologie. Dit is het niet te onderschatten inzicht dat ieder mens gebruikt om individuele en sociale handelingen te interpreteren. Het is een basis-

principe van de op mentaliseren gebaseerde therapeutische benadering dat het bieden van psychologisch inzicht binnen het vermogen van ieder mens moet liggen, en tevens het welzijn verhoogt van iedereen die het moeilijk vindt om zijn eigen handelingen en die van anderen te begrijpen in termen van de mentale toestand. Een belangrijk inzicht vanuit MBT is dat ineffectief mentaliseren geen permanent tekort is aan een unieke en sterk beschermde menselijke functie, maar eerder een genetische aanleg gecombineerd met ervaringen uit de vroege kindertijd waarin iemand zich niet gesteund voelde, zoals verwaarlozing en trauma, die in sommige mensen een kwetsbaarheid kan creëren: het verlies van het vermogen om te mentaliseren in zeer emotionele omstandigheden. Dit kan leiden tot persoonlijk leed en moeite met sociale interacties, die samen weer tot suboptimale copingstrategieën kunnen leiden, en vaak ook tot een diagnose van een psychische stoornis. Complementair aan deze aanname is onze op redelijke neurowetenschappelijke fundamente gebaseerde overtuiging dat een vriendelijke en geïnformeerde sociale omgeving in staat is om het mentaliserend vermogen te vergroten en kwetsbaarheden op een zachte, therapeutische, samenwerkende en zeer respectvolle wijze aan te pakken.

Ik hoop dat dit uitstekende boek dit kan bewerkstelligen. Het is zonder twijfel de duidelijkste en meest toegankelijke beschrijving van MBT die tot nu toe beschikbaar is. En ik kan dit volmondig zeggen, omdat ik geen enkel aandeel heb gehad in de totstandkoming van deze monografie. Maar juist daarom hoop ik van harte dat dit boek wordt opgepakt en gelezen door een zo breed mogelijk publiek van behandelaars die geïnteresseerd zijn in het verwerven van vaardigheden waarmee ze hulp kunnen bieden aan mensen die het nodig hebben. Alleen door (niet-traditionele) zorgverleners in hun kracht te zetten kunnen we een verschuiving bewerkstelligen in het hoge percentage aan psychische stoornissen onder de bevolking, dat ondanks immense inspanningen van ontwikkelaars van effectieve therapieën de afgelopen vier decennia slechts een minieme daling te zien heeft gegeven.

Dit boek zou weleens een doorbraak kunnen bieden op dit gebied. Ik hoop van harte dat de levendige stijl, de gepassioneerde toon en de oprechte belangstelling in de mens het fundament bieden waarop een nieuwe generatie van psychologisch onderlegde, traumagevoelige, menselijke, genereuze en competente behandelaars kan ontstaan. Ik ben de auteurs van dit boek enorm erkentelijk voor het tot stand brengen van iets wat ik zelf nooit had kunnen volbrengen. Hun prestatie vervult me met nederigheid en diepe dankbaarheid.

Peter Fonagy, OBE, FMedSci, FBA, FACSS

Woord vooraf

De afgelopen vijftien jaar hebben wij beiden, ieder op onze eigen manier, het concept van mentaliseren en de daarop gebaseerde behandeling ontfaamd en van zijn mysterieuze waas ontdaan, zowel voor onszelf als voor anderen. Als academisch klinisch psycholoog aan de University of Houston en hoofd van een kliniek voor persoonlijkheidsstoornissen in de adolescentie is Carla Sharp betrokken geweest bij op mentaliseren gebaseerde onderzoeken en klinisch werk, en tevens bij de training van kinderen, adolescenten en volwassenen. Dickon Bevington heeft 'in de loopgraven' gewerkt als kinderpsychiater, waarbij hij op mentaliseren gebaseerde therapieën toegankelijk heeft gemaakt voor behandelteams die werken met moeilijk te bereiken tieners in gemeenschapsgerichte ggz-instellingen. Dickon heeft meer dan zeventig teams en honderden individuen opgeleid in op mentaliseren gebaseerde behandelmethodes. Zowel samen als afzonderlijk hebben we getracht een basaal, duidelijk en toegankelijk inzicht in mentaliseren en op mentaliseren gebaseerde behandelingen te geven dat ook toepasbaar is in andere behandelingen.

Met dit boek willen we delen wat we de afgelopen vijftien jaar hebben geleerd in ons werk met behandelaars met uiteenlopende achtergronden en werkwijzen die een mentaliserende houding willen toepassen in hun praktijk, onder wie verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers en psychiaters. De mentaliserende houding heeft niet alleen onze manier van werken met patiënten compleet veranderd, maar ook ons dagelijks leven en de interacties tussen onze collega's. De mentaliserende houding vereist bescheidenheid, intellectuele nieuwsgierigheid en een bereidheid om te leren. Ondanks de complexe theoretische en evidence-based fundamenten en verfijndheden ervan is mentaliseren in de kern nog steeds een *simpel* idee, dat mensen in staat stelt om op vruchtbare wijze verbinding te maken met elkaar, op zo'n manier dat het door de betrokkenen

als compassievol en creatief wordt ervaren. Wanneer dit basale element door complexiteit wordt overschaduwd, is de kans groot dat mentaliseren uit het zicht raakt. Hoewel sommige dingen waarover we schrijven complex zijn, hebben we getracht om vast te houden aan deze eenvoud, die van mentaliseren zo'n vruchtbaar en pragmatisch raamwerk maakt voor het ontwikkelen van hulp die werkelijk helpt. We hopen dat lezers geduld met ons hebben en vasthouden aan de kern waar het allemaal om draait. We zijn blij dat je ons vergezelt op deze reis.

Dit boek

Dit boek komt voort uit onze ervaringen in het onderwijzen van psychotherapie aan beginnende therapeuten en onervaren ggz-werkers. Het verheugt ons om datgene wat we geleerd hebben hier met je te delen. Hoofdstuk 1 begint met een overzicht en een uitgebreide bespreking van de grondslag van op mentaliseren gebaseerde therapie (MBT).

In hoofdstuk 2 introduceren we het concept mentaliseren. We bespreken de psychoanalytische wortels ervan en de manier waarop het op dit moment wordt gebruikt in de primatologie, de ontwikkelingspsychologie, de sociale neurowetenschap en de klinische psychologie en psychiatrie. We introduceren de vier polariteiten van mentaliseren (zelf versus anderen, impliciet-automatisch versus expliciet-gecontroleerd, affectief versus cognitief en intern versus extern). We benadrukken ook het belang van doelen en waarden bij mentaliseren. Tegen het einde van hoofdstuk 2 heb je een tamelijk goed idee van wat we bedoelen wanneer we het woord 'mentaliseren' gebruiken en hoe optimaal mentaliseren eruitziet. Daarmee beschik je over een goede basis voor hoofdstuk 3, waarin we bespreken hoe het vermogen tot mentaliseren zich ontwikkelt.

Zoals je zult leren, is MBT in de kern ontwikkelingsgerelateerd. De theorie van mentaliseren beziet de oorsprong van psychopathologie niet alleen in de context van vroege gehechtheid, maar beschouwt het vermogen tot mentaliseren op zichzelf als de culminatie van verschillende ontwikkelingsstappen in een gerijpt vermogen tot mentaliseren. Hoofdstuk 3 leidt je door de ontwikkelingsfasen van het mentaliserend vermogen vanaf de babytijd, de kindertijd en de adolescentie naar de volwassenheid. In dit hoofdstuk worden de drie mentaliserende modi beschreven die voorafgaan aan de rijpe en volwassen modus van mentaliseren: de teleologische modus, de psychische equivalentiemodus en de alsof-modus.

In dit hoofdstuk wordt ook benadrukt dat het vermogen tot mentaliseren zich niet ontwikkelt in het luchtledige, maar dat de vroege zorgomgeving (en later de sociale omgeving in haar geheel) een belangrijk laboratorium biedt om de mentalisatievaardigheden gedurende de hele ontwikkeling te oefenen. Als zodanig is mentaliseren geworteld in gehechtheidsrelaties binnen en buiten de huiselijke omgeving. Baby's, kinderen en adolescenten ontwikkelen het vermogen om hun eigen geest van buitenaf en de geest van anderen van binnenuit te bekijken door het mentaliseren (of de reflecterende functie) van hun ouders. Terwijl hun verzorgers over hen mentaliseren, leren kinderen dat er iets te winnen valt als ze zich het perspectief van een ander op hun eigen geest inbeelden, waardoor ze epistemisch vertrouwen beginnen te ontwikkelen in de omgeving als een bron van sociaal leren.

In hoofdstuk 4 bouwen we voort op de bespreking van de normatieve (typische) ontwikkeling van het mentaliserend vermogen en leggen we uit op welke manieren deze ontwikkeling kan worden verstoord. We bespreken met name hoe ze verstoord kan raken door de ontwrichting van de vroege zorgomgeving. Deze verstoring is het gevolg van complexe interacties tussen biologie (genen) en omgeving. We gebruiken de borderline-persoonlijkeitsstoornis (BPS) om te laten zien waar de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen verstoord kan raken, omdat MBT oorspronkelijk is ontwikkeld in de context van BPS, en omdat BPS een goede graadmeter lijkt te zijn voor het algemene niveau van iemands persoonlijkheidsfunctioneren (Sharp et al., 2015). We leggen uit dat de prementalisierende modi qua ontwikkeling gepast zijn tijdens de preadolescentie, maar in de volwassenheid worden beschouwd als *niet*-mentaliserende modi, die samenhangen met psychopathologie. We leggen ook uit hoe een gebrek aan mentaliseren epistemisch wantrouwen veroorzaakt, waardoor de persoon in kwestie de mogelijkheid tot sociaal leren en steun van de omgeving afsluit en zich alleen en onbegrepen voelt. In dit hoofdstuk zetten we ook uiteen dat de adolescentie een belangrijke kwetsbare periode is, waarin zich een gebrekkig mentaliserend vermogen en van daaruit een persoonlijkheidsstoornis kan ontwikkelen. In deze periode is dan ook extra steun van de sociale omgeving vereist om een optimale persoonlijke ontwikkeling te waarborgen.

Hoofdstuk 5 voorziet de lezer van instrumenten om de kwaliteit van het mentaliseren te beoordelen. Dit is een belangrijk hoofdstuk, omdat het succes van MBT in hoge mate afhangt van het vermogen van de behandelaar om op te merken wanneer er een breuk in het mentaliserend vermogen optreedt. De continue beoordeling gedurende sessies en het

werken aan zowel het mentaliserend vermogen van de cliënt als het eigen mentaliserend vermogen van de therapeut vormen dan ook de hoeksteen van MBT. We gaan in op de beoordeling van verschillende aspecten van mentaliseren: het algemene mentaliserende vermogen, de prementaliserende modi en de polariteiten van mentaliseren. We bespreken hoe de beoordeling van de kwaliteit van mentaliseren van een cliënt in een vroeg stadium van de therapie de basis vormt voor de ontwikkeling van een cliëntspecifiek mentalisatieprofiel en uiteindelijk de mentalisatieformulering, die alle aspecten van de geschiedenis van de cliënt en diens presentatieproblemen integreert in termen van mentaliserend vermogen. De samenwerkende en voorlopige aard van de mentalisatieformulering wordt benadrukt als een eerste gelegenheid voor de therapeut om de cliënt uit te leggen waar mentaliseren over gaat.

Hoofdstuk 6 introduceert de basisstructuur van MBT, en daarnaast presenteren we in dit hoofdstuk de casus van een fictieve cliënt, die we MJ hebben genoemd. In de drie interventiehoofdstukken (hoofdstuk 6, 7 en 8) verwijzen we steeds terug naar deze casus, zodat de lezer een coherent beeld van het verloop van mentaliserende interventies krijgt. Hoewel de structuur van op mentaliseren gebaseerde interventies wisselt, volgen de meeste doorgaans een opbouw met een begin-, midden- en eindfase. De beginfase is gericht op de beoordeling en formulering, de middenfase omvat het grootste deel van het therapeutische werk en in de eindfase wordt gewerkt aan consolidatie en voorbereiding op het beëindigen van de therapeutische relatie. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de beginfase door meer informatie te geven over de mentalisatieformulering, waarmee we in hoofdstuk 5 een begin hebben gemaakt. Aan het einde van hoofdstuk 6 heeft de lezer een goed begrip van de samenwerkende en voorlopige aard van de mentalisatieformulering, die als werkhypothese dient en de basis vormt voor het werk van de therapeut in de midden- en eindfase van de interventie. Inzicht in het belang van het aanhouden van de mentaliserende houding gedurende de hele behandeling helpt de lezer om de cliënt in de eindfase door de beëindiging van de therapie te leiden.

Hoofdstuk 7 gaat in op de middenfase van de interventie. In dit hoofdstuk introduceren we de mentaliserende houding als de *kernhouding* of *kernpositie* die de therapeut inneemt. De mentaliserende houding is de drijvende kracht achter elke therapeutische verandering. Als je één ding uit dit boek meeneemt, hopen we dat het is hoe je de mentaliserende houding belichaamt. Als eerste contextualiseren we de mentaliserende houding binnen onze sociaal-politieke structuur, waarbij we aandacht schenken aan de machtsrelatie tussen cliënten en therapeuten. Dit is belangrijk,

omdat het opnieuw benadrukt dat MBT een non-autoritaire interventie is. Vervolgens zetten we verschillende criteria uiteen om te beoordelen of een mentaliserende houding wordt volgehouden. Voorbeelden van deze criteria zijn niet-weten; onderzoekend, *open source* denken, gebruik van zichzelf (*use of self*) door de therapeut; de balans bewaren; arousal monitoren en reguleren; niet-mentaliseren van de therapeut onderbreken of beëindigen; eigen fouten monitoren en corrigeren; en het mentaliseren van de cliënt signaleren en bekrachtigen. We eindigen dit hoofdstuk met de introductie van het basisproces van mentaliseren dat tijdens elke heen en weer gaande interactie (*serve-and-return*) met een cliënt wordt gebruikt. Nadat de basis is gelegd, gaan we in hoofdstuk 8 verder met specifieke mentaliserende interventies.

Het doel van hoofdstuk 8 is om de in hoofdstuk 6 en 7 aangeleerde kennis verder uit te bouwen en je te laten kennismaken met de affectpiramide, die het spectrum weergeeft van de mentaliserende interventies die je gebruikt, afhankelijk van de mate van emotionele arousal die je cliënt op dat moment ervaart. Je leert dat het interventiespectrum uit vier niveaus bestaat: empathische validatie, verheldering en uitdieping van het affect, tegengestelde bewegingen en mentaliseren over de relatie. Net als in de andere interventiehoofdstukken gebruiken we de casus van MJ om te illustreren hoe deze interventies gestalte kunnen krijgen in een sessie met een cliënt.

Hoofdstuk 9 sluit af met enkele afsluitende gedachten over supervisie, werken in teams en waar en hoe aanvullende training in mentaliseren wordt aangeboden. Daarnaast bevat het een zelfbeoordelingsformulier om je te helpen reflecteren op wat je hebt geleerd. Zoals je je wellicht herinnert, was ons overkoepelende doel met dit boek om een praktisch beginpunt te bieden voor het integreren van de mentaliserende houding in je therapeutische werk, ongeacht je oriëntatie. Door de richtlijnen in dit boek te volgen kun je je mentaliserende vaardigheden verbeteren in je interacties, zowel met je cliënten als met anderen in je dagelijks leven.

We doen ons best om het zeer technische psychologische taalgebruik dat in teksten over mentaliseren vaak gebezigd wordt zo veel mogelijk te vermijden. Hoewel we enkele concepten (zoals psychische equivalentie, alsof-modus, prementaliserende modi) wel moeten gebruiken om trouw te blijven aan het raamwerk, hebben we ons uiterste best gedaan om hun betekenis te vereenvoudigen. Veel trainees hebben ons verteld dat dit soort taalgebruik hen afschrikt, en dit is dan ook een grote barrière geweest bij het verspreiden van deze zeer pragmatische en bruikbare ideeën in praktijken waar ze van grote waarde kunnen zijn. We zullen dan ook

op zijn minst proberen om dergelijke concepten en termen waar nodig te vertalen, in een taal die toegankelijker is voor lezers met een andere interventieachtergrond.

Tijdens het schrijven van dit boek stelden we ons voor dat we rechtstreeks tegen onze studenten en trainees spraken om hen te leren wat mentaliseren precies is en hoe dit hun relaties met hun cliënten kan verbeteren, en in het verlengde daarvan het relationele leven van hun cliënten. Om de concepten en processen uit te leggen hebben we daarom verschillende pedagogische tools toegevoegd, in de vorm van diagrammen, grafieken en tabellen. Door het hele boek heen hebben we belangrijke concepten die de kernstructuur van de mentalisatietheorie en -praktijk vormen vetgedrukt. Let dus op wanneer je een vetgedrukt ziet: dit woord zal waarschijnlijk steeds opnieuw voorbijkomen, en daarom is het belangrijk om de betekenis ervan te begrijpen. Deze vetgedrukte woorden zijn ook opgenomen in het hoofdstuk 'Belangrijke termen en concepten' achter in dit boek, zodat je de betekenis ervan gemakkelijk kunt opzoeken. Clinici die dit boek willen gebruiken om op mentaliseren gebaseerde therapieën te onderwijzen aan hun studenten, trainees en behandelteams raden we aan het zelfbeoordelingsmateriaal uit hoofdstuk 9 als uitkomstmeting te gebruiken. Door dit hele boek hebben we kaders met transcripties van sessies met MJ toegevoegd, om te verduidelijken hoe de mentaliserende houding en interventie in de praktijk in hun werk gaan.

Opmerking over taalgebruik en casusmateriaal

Nogmaals: wat we in dit boek bespreken, is niet gebonden aan een specifieke behandelmethode. De mentaliserende houding is toepasbaar op elke vorm of stroming van psychotherapie. Hoewel veel ideeën die de mentaliserende houding ondersteunen afkomstig zijn uit de psychoanalytische theorie en onderzoek, hebben we het gebruik van veldspecifiek jargon zo veel mogelijk vermeden. Om niemand buiten te sluiten wisselen we mannelijke en vrouwelijke voornaamwoorden zo veel mogelijk af, met uitzondering van specifieke casusvoorbeelden. De klinische voorbeelden in dit boek (waaronder de casus van MJ) zijn fictief en zijn geen weergaven van bestaande personen.

Inhoud

HOOFDSTUK 1	De voorwaarden scheppen voor mentaliseren	23
HOOFDSTUK 2	Wat is mentaliseren?	39
HOOFDSTUK 3	Hoe ontwikkelt het mentaliserend vermogen zich?	63
HOOFDSTUK 4	Problemen met mentaliseren ... en problemen met leren	87
HOOFDSTUK 5	De mentalisatiebeoordeling en -formulering	109
HOOFDSTUK 6	De structuur van MBT	129
HOOFDSTUK 7	De mentaliserende houding	143
HOOFDSTUK 8	Mentaliserende interventies	175
HOOFDSTUK 9	Verdergaan met de mentaliserende houding	203
	Belangrijke termen en concepten	211
	Literatuur	221
	Index	229
	Over de auteurs	239

1 De voorwaarden scheppen voor mentaliseren

Op mentaliseren gebaseerde benaderingen van therapie vormen een integratieve vorm van psychotherapie, waarin verschillende aspecten uit psychodynamische, systemische, ecologische en cognitieve gedragsbenaderingen worden samengebracht. Mentalization-based therapy, oftewel op mentaliseren gebaseerde therapie (MBT), werd voor het eerst ontwikkeld en in een handleiding beschreven door Peter Fonagy en Anthony Bateman, en is bedoeld voor het verhelpen van storingen in het mentaliserend vermogen die verband houden met een gebrekkig relationeel en persoonlijkheidsfunctioneren. Sinds het verschijnen van de eerste MBT-handleiding hebben vele andere klinici en wetenschappers voortgebouwd op het werk van Bateman en Fonagy, wat de afgelopen tien tot vijftien jaar heeft geleid tot een enorme hausse aan aanpassingen en uitbreidingen van de op mentaliseren gebaseerde benadering. Op mentaliseren gebaseerde benaderingen hebben het psychodynamische denken teruggebracht in de mainstream en zijn succesvol geïntegreerd in andere benaderingen, zoals de cognitieve gedragstherapie (CGT) en de dialectische gedragstherapie (DGT). Intussen bestaan er verschillende gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken en naturalistische uitkomststudies over MBT, worden er wereldwijd workshops over gegeven en zijn er verschillende handleidingen over verschenen, waardoor deskundigen MBT nu beschouwen als een van de belangrijkste behandelmethode voor persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen en adolescenten (Cristea et al., 2017; Storebø et al., 2020). Daarnaast zijn er sterke aanwijzingen dat MBT ook effectief is voor de behandeling van een groot aantal andere aandoeningen.

Ondanks de populariteit van het concept mentaliseren en de status van MBT als een evidence-based behandeling, verloopt de acceptatie van op mentaliseren gebaseerde benaderingen langzamer dan die van cognitief-gedragstherapeutische benaderingen. Dit is vooral zo in de Verenigde

Staten, waar men meer nadruk legt op psychotherapeutische vaardigheden. Wellicht zorgt de psychoanalytische oorsprong en het bijbehorende jargon ervoor dat het concept en de theorie soms als ‘vaag’ worden omschreven, waardoor het moeilijk is om mentaliserende therapie uit te leggen aan beginnende therapeuten, vooral als deze geen psychoanalytische of psychodynamische achtergrond hebben. Een deel van de uitdaging ligt in het feit dat op mentaliseren gebaseerde interventies opzettelijk specifieke technieken loslaten ten behoeve van een algemene therapeutische houding, ongeacht de therapeutische modaliteit. De kritiek op op mentaliseren gebaseerde benaderingen is dan ook dat ze te abstract zijn en te zeer afhankelijk zijn van deskundige supervisors die de taaie psychodynamische theorie naar de praktijk kunnen vertalen. Trainees en beginnende therapeuten stellen vaak de volgende vragen: ‘Wat betekent mentaliseren precies?’ ‘Zijn mentaliseren en theory of mind inwisselbare begrippen?’ ‘Hoe verhoudt mentaliseren zich tot empathie, mindfulness en emotieregulering?’ ‘Wat wordt bedoeld met psychische equivalentie?’ ‘Hoe weet ik als therapeut dat ik mentaliseer? En hoe weet ik wanneer mijn cliënt niet mentaliseert?’ ‘Ik moet een mentaliserende houding aannemen, maar hoe doe ik dat? Wat moet ik zeggen of doen?’

In de loop der jaren hebben we ook de volgende vragen van supervisors gekregen: ‘Hoe kan ik mijn behandelteam leren mentaliseren wanneer ze geen psychoanalytische of psychodynamische achtergrond hebben?’ ‘Hoe kan ik mijn studenten MBT leren? Omdat ze beginners zijn, kunnen ze nog niet putten uit psychotherapeutische ervaring om de relationele basis van MBT te kunnen begrijpen. Ik heb een manier nodig om de basis van mentaliseren in eenvoudige termen uit te leggen!’

Dit boek richt zich in de eerste plaats op het beantwoorden van deze vragen. Ons doel is om de mentaliserende behandeling van zijn mysterieuze waas te ontdoen door de belangrijkste punten in eenvoudige bewoordingen uit te leggen. Naar onze ervaring kan de mentaliserende houding wel degelijk met succes worden onderwezen en geleerd. Vergeet niet dat mentaliseren in elke therapeutische modaliteit kan worden geïntegreerd. Dat komt doordat alle therapeuten mentaliseren! Dit boek leert je om dat nog meer te doen.

In dit eerste hoofdstuk leggen we de fundamenten voor de hiernavolgende hoofdstukken. Eerst laten we je kennismaken met de algemene therapeutische houding die vereist is om een mentaliserende benadering in je werk te integreren. Vervolgens leggen we uit waarom mentaliseren in elke therapeutisch modaliteit kan worden geïntegreerd. Je zult zien dat dit komt doordat mentaliseren de basis vormt voor alle succesvolle interper-