

# Ontdekken ‘*how the mind works*’

De reis van een patiënt binnen Mentalization-Based Treatment

Maaïke Smits, Patrick Luyten en Dawn Bales

---

- Mentalization-Based Treatment (MBT) is een empirisch gevalideerde behandelmethode voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). De theoretische achtergrond van MBT, de (kosten)effectiviteit en de wijze waarop het behandelprogramma er in de klinische praktijk uitziet, is elders uitvoerig beschreven. Dit artikel vult de bestaande literatuur over MBT aan met een beschrijving van de behandeling van een ‘typische’ MBT-patiënt met een ernstige BPS. Het verloop en de focus van de verschillende fasen van de behandeling met MBT worden beschreven: van het engageren van de patiënt voor therapie en de crisishantering tot de worstelingen in de therapeutische relatie, de weg naar re-integratie in de maatschappij en uiteindelijk het afscheid. Typische MBT-interventies en concepten worden toegelicht en geïllustreerd, om klinici een behulpzame vertaling te bieden van de tot nu toe bestaande literatuur omtrent MBT naar de dagelijkse klinische praktijk.
- 

M. SMITS, gezondheidszorgpsycholoog, is als behandelaar werkzaam op de afdeling *Mentalization-Based Treatment* van De Viersprong. Tevens is zij als promovenda verbonden aan de MBT-onderzoekslijn binnen het *Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders*. E-mail: [maaïke.smits@deviersprong.nl](mailto:maaïke.smits@deviersprong.nl).

P. LUYTEN is verbonden aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KULeuven en het *Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology* van het *University College London*. Hij is als wetenschappelijk adviseur verbonden aan de MBT onderzoekslijn binnen het *Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders* en binnen zijn eigen praktijk.

D. BALES, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is directeur van het expertisecentrum MBT Nederland, waar zij eveneens werkzaam is als expert, trainer en supervisor in *Mentalization-Based Treatment*. Tevens is zij verbonden aan de MBT onderzoekslijn binnen het *Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders*.

## Inleiding

*Mentalization-Based Treatment* (MBT) is een empirisch onderbouwde behandelmethode voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). MBT vindt haar oorsprong in de gehechtheidstheorie (Bateman & Fonagy, 2004; Bales, 2012). Vanuit het MBT-perspectief wordt het beperkte vermogen tot mentaliseren gezien als de kern van de problemen van de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Mentaliseren is de capaciteit om jezelf en de ander begrijpen in termen van mentale toestanden. Dat kan gaan over gevoelens, gedachten, maar ook verlangens, intenties, wensen, overtuigingen en waarden.

In eerdere theoretische literatuur is al veelvuldig geschreven over de totstandkoming van het mentaliserend vermogen in de gehechtheidsrelatie en de link met de BPS (Fonagy e.a., 2002; Fonagy & Luyten, 2009, in druk). Ook de (kosten)effectiviteit van MBT is op meerdere plekken beschreven (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2003, 2008, 2009; Bales e.a., 2012; Jørgenson e.a., 2013), alsmede de wijze waarop MBT in de klinische praktijk wordt uitgevoerd (Allen e.a., 2008; Bales, 2012; Bales & Bateman, 2012; Bateman e.a., 2012). Dit artikel tracht de reeds aanwezige theoretische literatuur over MBT aan te vullen, met een beschrijving van de behandeling van een 'typische' MBT-patiënt.

Eerst komt kort een aantal essentiële uitgangspunten van MBT aan bod. Vervolgens bespreken en illustreren we belangrijke concepten en interventies uit het MBT-kader, aan de hand van het behandeltraject van een patiënt: Simone.<sup>1</sup> Zoals kenmerkend is voor het in de praktijk werken met MBT, zal steeds gepoogd worden om de problematiek en de situaties die zich voordoen te begrijpen vanuit (de beperkingen in) het mentaliseren.

### *Basisprincipes van MBT*

Een basaal uitgangspunt in de MBT-behandeling is dat bij BPS-patiënten het vermogen tot mentaliseren bij oplopende spanning, vooral in de context van hechte relaties, snel verloren gaat en zich moeizaam herstelt. In de praktijk zien we bijvoorbeeld dat patiënten snel overspoeld worden door een chaos aan interne belevingen of zich juist enorm leeg voelen, zich snel bekritiseerd of afgewezen voelen en gedachten invullen voor anderen. Vaak is sprake van incoherentie en fragmentatie van het zelfgevoel en de identiteit; patiënten hebben geen idee wie ze zijn. Gevoelens zijn vaak zo ondraaglijk dat de enige manier om het zelf te stabiliseren, ligt in destructief gedrag of externalisatie in contact met anderen (over de theorie omtrent *alien self* zie Bateman & Fonagy, 2004). Het onvermogen zichzelf en anderen te zien als individuen van wie het gedrag bepaald wordt door gevoelens, gedachten en verlangens, zorgt voor grote misverstanden in relaties.

Vanuit het MBT-perspectief worden deze problemen in de emotieregulatie, relaties, de identiteit en op het vlak van impulsief en destructief gedrag

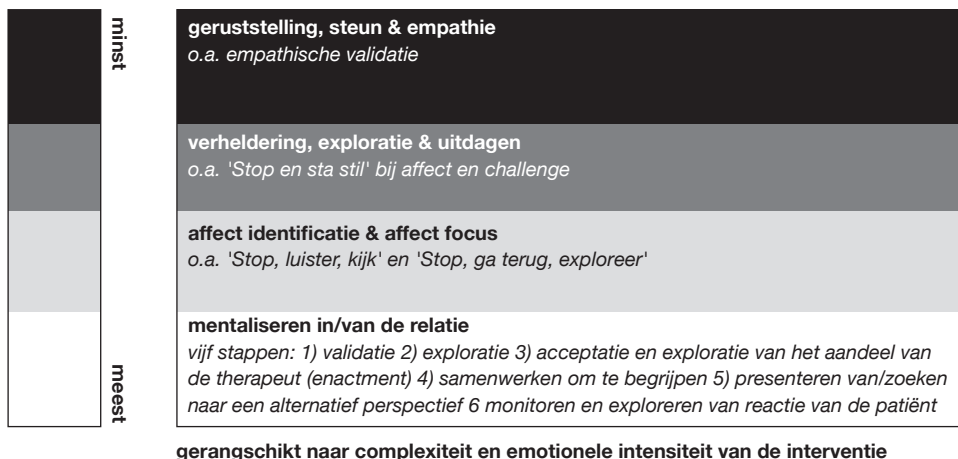
---

<sup>1</sup> De naam is gefingeerd.

gezien als de gevolgen van een falend mentaliserend vermogen. Wanneer het mentaliseren faalt, wordt teruggevallen op zogenaamde prementaliserende modi van denken over zichzelf en anderen. Deze modi zijn binnen het MBT-kader omschreven als de psychische equivalentiemodus ('Wat ik denk is werkelijkheid'), de alsof-modus (waarin er juist geen enkele relatie meer is tussen wat de patiënt denkt en voelt en de realiteit) en de teleologische modus (waarin enkel doelgerichte handelingen bestaan; zie ook Bateman & Fonagy, 2004). In dit artikel zal aan de hand van de casus worden geïllustreerd hoe deze modi bij de patiënt herkend kunnen worden en hoe hierop in de therapie geïntervenieerd wordt.

Kenmerkend voor MBT is de voortdurende gerichtheid op het signaleren en doorbreken van niet-mentaliserende modi en het steeds opnieuw bevorderen van mentaliseren over zichzelf, de ander en relaties. Het inschatten van het mentaliserend vermogen van de patiënt op ieder specifiek ogenblik is dan ook de leidraad bij uitstek voor interventies.

Daartoe is allereerst voortdurende monitoring van het spanningsniveau van belang. Patiënten en therapeuten werken daarbij vaak op het scherpst van de snede; de spanning moet immers hoog genoeg zijn om - in uitdagende interpersoonlijke situaties - het mentaliserend vermogen te versterken. Tegelijkertijd moet de spanning niet zo hoog zijn dat het mentaliserend vermogen verloren gaat en volledig teruggevallen wordt op de niet-mentaliserende modi. Maar het wegvallen van het mentaliserend vermogen van de patiënt (en therapeut!) is onvermijdelijk en een centraal onderdeel van MBT. Een voortdurend doel in de behandeling is het herstellen van mentaliseren als dat verloren gaat en herstellen van breuken in werkrelaties, die als gevolg hiervan ontstaan.



*Figuur 1* Interventiespectrum. Wanneer het spanningsniveau van de patiënt te hoog wordt en verlies van mentaliseren dreigt, zijn interventies boven in het spectrum aangewezen. Dus hoe meer spanning, des te eenvoudiger en minder emotioneel intens de interventie.

MBT kent een spectrum van interventies die gebruikt kunnen worden bij het reguleren van het spanningsniveau en het bevorderen van het mentaliseren (zie figuur 2). Dit gebeurt met behulp van technieken als empathische validatie, exploratie en uitdagen of het stoppen, vertragen of terugspoelen van de actuele interactie ('Stop, luister, kijk' en 'Stop, ga terug, exploreer') en mentaliseren van de relatie (Allen e.a., 2008; Bateman & Fonagy, 2006; Bales, 2012). In de casusbeschrijving zullen de interventies die worden gebruikt om het mentaliseren van Simone te bevorderen benoemd en uitgelegd worden vanuit het MBT-denkkader.

Het hanteren van een optimaal spanningsniveau en voortdurend inschatten van en aansluiten bij het mentaliserend niveau van de patiënt zijn dus kernelementen van MBT. Het is onmisbaar dat de behandeling zich afspeelt binnen de context van een gehechtheidsrelatie (met de therapeut), omdat juist in die context het mentaliseren vaker faalt.

Om het mentaliseren van de patiënt te bevorderen, is het essentieel dat de therapeut zelf blijft mentaliseren. Het is daarom belangrijk dat de therapeut constant eigen tegenoverdrachtsgevoelens monitort die tot allerlei reacties kunnen leiden (*enactments*). De authentieke, transparante, bescheiden en nieuwsgierige niet-wetende houding van de MBT therapeut, die steeds gericht is op zowel de *mind* van de patiënt als die van hemzelf, is in de casusbeschrijving terug te vinden. Deze mentaliserende basishouding vertaalt zich in interventies die een aantal uitgangsprincipes kennen. MBT-interventies zijn eenvoudig en kort, gericht op hier en nu, en op affect en mentale toestanden in plaats van gedrag.

| BEGINFASE   | MIDDENFASE   | EINDFASE   |
|---|--|--|
| In de beginfase staat het verminderen van zelfdestructief gedrag en crisis en het engageren van de patiënt in de therapie centraal. Interactionele patronen die breuken in de werkrelatie kunnen veroorzaken en op die manier de betrokkenheid op de behandeling kunnen bedreigen worden in kaart gebracht (commitmentthema's)          | In de middenfase ligt de focus op het interpersoonlijk functioneren middels het mentaliseren in en van de (overdrachts)relatie tussen de patiënt en de therapeut en de mensen om de patiënt heen   | In de eindfase ligt de nadruk op het bestendigen van de behaalde winst in het mentaliserend vermogen, terwijl ondertussen wordt gere-integreerd in de maatschappij, uiteindelijk leidend tot afscheid en afsluiting van de behandeling   |
| voortraject<br>2 maanden  | hoofdbehandeling (maximaal 18 maanden)<br>15 maanden   | nabehandeling op maat<br>9 maanden   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- psychiatrisch onderzoek</li> <li>- 12 psycho-educatieve MBT-introductiecurcus bijeenkomsten</li> <li>- 4 individuele psychotherapiegesprekken gericht op opstellen behandelplan</li> <li>- tweewekelijkse individuele sociotherapiegesprekken gericht op opstellen signaleringsplan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 keer per week groepspsychotherapie</li> <li>- wekelijkse individuele psychotherapie</li> <li>- eerste 2 maanden wekelijkse individuele sociotherapie gericht op afronden signaleringsplan en daarna tweewekelijks gericht op behandelgoal 5: sociaal maatschappelijk functioneren.</li> <li>- Simone heeft regelmatig psychiatrische consulten omtrent de medicatie ter ondersteuning van somberheidsklachten, halverwege de behandeling bouwt ze de medicatie in overleg af</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- individuele psychotherapie in afbouwende frequentie gericht op individuele nabehandelingthema's en afscheid</li> <li>- individuele sociotherapie is na 4 maanden gestopt toen Simone stabiel functioneerde in haar opleiding</li> </ul> |

**Figuur 2** De reis van Simone door MBT. Fasering en doelen zijn uniform in MBT-behandelingen. Zichtbaar is dat de beginfase doorloopt in de hoofdbehandeling en de eindfase van de therapie al aanvangt in de hoofdbehandeling. De duur en dosering van de behandeling verschillen per programma, setting en patiënt (traject van Simone: cursief).

Het is belangrijk om zich te realiseren dat het mentaliseren niet willekeurig wordt bevorderd bij onderwerpen die zich aandienen. MBT hanteert zowel een gefocuste als een gefaseerde benadering. De focus van het mentaliseren wordt bepaald door de individuele behandelthema's, zoals wordt geïllustreerd in het behandelplan van Simone. De MBT-behandeling kent daarnaast een duidelijk fasering in begin-, midden- en eindfase. Figuur 2 beschrijft de focus van iedere fase en de behandelduur en -dosering van het traject van Simone.

### Casus Simone

Simone is een 25-jarige vrouw, uiterlijk getypeerd door sexy kleding, veel make-up, grote sieraden. Haar houding is onverschillig en in het contact is zij op haar hoede. Ze wordt verwezen voor intensieve behandeling, met als belangrijkste klachten stemmingswisselingen, somberheid met regelmatige periodes van suïcidaliteit, fors middelenmisbruik (alcohol en cocaïne), zelfbeschadiging, wantrouwen en agressieproblematiek.

Simone is in een crisisopname terechtgekomen na een suïcidepoging. Haar voorgeschiedenis kenmerkt zich door een instabiel gezin van herkomst en problemen op het vlak van middelenmisbruik en criminaliteit vanaf de vroege puberteit. Haar relaties verlopen moeizaam en het grootste deel van haar sociale kring bestaat uit gebruikersvrienden. Simone heeft nooit een opleiding afgerond en heeft geen werk.

Haar hulpverleningsgeschiedenis toont een reeks van onafgemaakte en onsuccesvolle behandelingen. Naast de BPS is er, in klassiek psychiatrische termen, sprake van comorbiditeit op zowel as I (cocaïneafhankelijkheid in gedeeltelijke remissie, alcoholmisbruik, dysthyme stoornis), als as II (ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, trekken van de paranoïde en afhankelijkke persoonlijkheidsstoornis). Er is sprake van destructief gedrag naar zichzelf en anderen en problemen in het interpersoonlijk functioneren die het aangaan van een therapeutische relatie sterk bemoeilijken.

Simone is een typische casus voor de doelgroep die wordt behandeld met MBT, met haar geschiedenis van veelvuldige mislukte behandelopnamen en complexe borderline-persoonlijkheidsproblematiek.

## Behandeling

### *Beginfase*

Het voortraject gaat meteen na de indicatiestelling van start en richt zich op het committeren van de patiënt aan de behandeling en op het hanteren en verminderen van crisissituaties. Een belangrijk proces gedurende de eerste weken in de beginfase van de behandeling betreft het opstellen van het individuele behandelplan (zie kader). In de dynamische formulering omschrij-

ven de therapeut en patiënt een gezamenlijke visie op de onderliggende oorzaken van de problemen van de patiënt, in termen van mentaliseren, hun oorsprong, ontwikkeling en de impact in het hier en nu.

De vijf algemene behandeldoelen van MBT worden voor Simone specifiek uitgewerkt. Simone start in deze beginfase ook met de mentaliserenbevorderende introductiecursus (Bales & Bateman, 2012). In deze wekelijkse cursus maakt Simone in een cyclus van twaalf gestructureerde bijeenkomsten door middel van psycho-educatie, opdrachten en oefeningen kennis met het begrip mentaliseren, de relatie met de borderline-persoonlijkheidsproblematiek en het belang van mentaliseren in relatie tot haar problemen en tot slot hoe zij hieraan binnen MBT gaat werken.

#### *Individueel behandelplan Simone<sup>1</sup>*

Simone meldt zich na een lange geschiedenis van onsuccesvolle en vaak vroegtijdig afgebroken behandelingen. Simone kampt al van jongs af aan met gevoelens van somberheid, eenzaamheid, betekenisloosheid en leegte. Zij heeft in haar leven weinig betrokkenheid ervaren van belangrijke mensen om haar heen; moeder kampte met ernstige depressies en was emotioneel afwezig, vader was van huis weg voor werk. Wanneer vader thuiskwam was het onvoorspelbaar of Simone op hem kon rekenen als steunfiguur of dat hij juist agressief zou reageren. Simone is verbaal en fysiek mishandeld door vader en was getuige van mishandelingen van haar zus en moeder.

De alertheid die nodig was om met de onvoorspelbaarheid en dreiging in haar thuissituatie om te gaan, is nu nog herkenbaar in haar enorme gevoeligheid voor kleine veranderingen in contacten met anderen. Zij is bang voor agressie en krijgt snel het gevoel dat een ander haar in de steek zal laten.

Simone heeft weinig ruimte ervaren voor haar gevoelens en belevingen. Ze lijkt al jong het idee gekregen te hebben dat zij er eigenlijk niet toe doet en dat zij onbelangrijk en waardeloos is. Haar gevoelens waren vaak heftig en overspoelend. Zij overleefde door zich er zoveel mogelijk van af te sluiten en is zich steeds meer terug te trekken. Het omgaan met emoties is moeilijk gebleven. Vaak weet Simone niet wat ze voelt, voelt ze niets (leegte) of wordt zij overspoeld door emoties die heel beangstigend zijn. Wanneer Simone niets voelt, probeert ze zichzelf te stabiliseren door te snijden. Fysiek voelen helpt haar om weer contact te voelen met zichzelf. Bij overspoeling gaat Simone drinken.

Vanaf de puberteit verkeert Simone in een milieu van drugs, criminaliteit en 'foute mannen'. Deze wereld geeft haar nog enigszins het idee ergens bij te horen. Ook komt ze hier in aanraking met cocaïne, wat ze vooral gebruikt

<sup>1</sup> *Het behandelplan is dynamisch en wordt in de loop van de behandeling steeds aangescherpt naarmate het mentaliseren over belangrijke onderwerpen verbetert. Het stilstaan bij de ontwikkeling en de betekenis van problemen in het hier en nu, gerelateerd aan het interpersoonlijk functioneren, bij een sterker wordend vermogen tot mentaliseren, leidt tot een steeds coherenter beschrijving en vormt ook het begin van een coherent levensverhaal en een hiermee samenhangende robuustere identiteit.*

om zichzelf op te peppen als ze zich leeg voelt. In dit milieu heeft Simone opeenvolgende verwaarlozende en misbruikende relaties gehad, waarin haar overtuiging niets waard te zijn verder versterkt is. Vanuit haar angst voor verlating en alleen zijn, blijft ze vaak te lang in foute relaties. De ervaren diepe eenzaamheid en betekenisloosheid na een tijdelijke breuk in haar huidige relatie (met een verslaafde partner) waren al tweemaal aanleiding voor een ernstige suïcidepoging.

Haar neiging tot wegblijven als zij zich niet goed voelt, heeft ertoe geleid dat Simone nooit een opleiding heeft afgerond en baantjes niet behoudt.

## Behandeldoelen

### 1 Committeren aan de behandeling

*Herkennen van momenten dat ik wil opgeven, vanuit het idee dat ik niets waard ben en niemand zich voor mij interesseert.* Vanuit haar eigen stellige overtuiging dat ze niets waard is, heeft Simone weinig motivatie om vol te houden wanneer zij ervaart dat anderen zich ook niet voor haar interesseren. Dit speelt een rol in vriendschappen, banen, opleidingen, maar ook in de therapie wanneer therapeuten bijvoorbeeld niet naar haar vragen, waardoor ze het idee krijgt 'onzichtbaar, oninteressant te zijn voor anderen'. Simone wordt steeds stiller, waarna ze uiteindelijk wegblijft en het opgeeft. *Minder terugtrekken (als ik te veel voel) en verminderen van het middelengebruik.* Simone kent momenten waarop ze overspoeld raakt door chaos in haar gedachten en gevoelens. Middelen gebruiken maakt dat ze niets meer hoeft te voelen en rust heeft. Ze wordt daar ook machteloos en onverschillig van en ziet geen nut meer in therapie. Haar nonchalante houding roept bij anderen irritatie of machteloosheid op. Hierdoor kan Simone angstig worden voor hun boosheid, of - als anderen haar laten vanuit machteloosheid - zich onbegrepen en waardeloos gaan voelen. In beide gevallen heeft zij weer de neiging om niet meer te komen.

### 2 Verminderen van algemene psychiatrische symptomen

*Verminderen van somberheid en stemmingswisselingen.* Simone voelt zich vaak leeg en somber en heeft daarnaast stemmingswisselingen die voor haar geen aanleiding lijken te hebben. In de therapie is het belangrijk dat gevoelens begrepen en benoemd worden in de actuele context. *Stoppen met middelengebruik (cocaïne en alcohol).* Wanneer moeilijke emoties en een chaos aan gedachten en gevoelens Simone overspoelen en angstig maken, probeert zij rust in haar gedachten en gevoel te krijgen door te dempen met alcohol. Vanuit het 'niets en leeg voelen' kan zij zichzelf juist oppeppen met cocaïne, waardoor zij zich even erg 'goed' over zichzelf voelt. Maar bij het uitwerken van de cocaïne kan zij weer veel gaan drinken, om de overspoeling te dempen.

### 3 Verbeteren van sociaal en interpersoonlijk functioneren

*Verbeteren van het zelfbeeld en verminderen van de angst voor verlating.*

Simone heeft in haar leven steeds het gevoel gehad dat ze er alleen voor staat en dat zij en haar emoties er niet echt toe doen. Ze vindt zichzelf niets waard en voelt zich 'lucht'. Zij is overtuigd dat anderen haar niets vinden. Simone is bang voor verlating en voor de hieraan gekoppelde gevoelens van intense leegte en diepe eenzaamheid. Ze blijft hierdoor vaak te lang in slechte relaties. Om verlating te voorkomen richt zij zich volledig op de ander, om maar iets voor hem te betekenen. Wie zij is, wat haar behoeften zijn en hoe zij zich voelt blijft buiten beeld, waardoor anderen weinig van haar weten en haar gemakkelijk 'vergeten'. Hierdoor gaat Simone zich toenemend onbelangrijk, waardeloos en eenzaam voelen.

*Verminderen van wantrouwen, dreigende houding en woede-uitbarstingen.*

Simone is voortdurend alert op signalen dat anderen het slecht met haar voor hebben, agressief worden of haar laten stikken. Wanneer ze dit gevoel krijgt, neemt ze afstand (thema 1.2), maar wordt ze ook steeds killer, bozer en dreigender. Anderen kunnen uit angst voor Simone juist ook afstand houden, wat haar wantrouwen weer versterkt. Toenemende paranoïde gedachten ('Ze hebben het op mij gemunt') kunnen leiden tot (schijnbaar plotselinge) woede-uitbarstingen.

### 4 Verminderen en stoppen van destructief gedrag

*Verminderen van (drang tot) snijden wanneer ik mij leeg voel.* Voorafgaand aan zelfbeschadiging spelen vaak gevoelens van leegte een rol. Het gevoel 'lucht te zijn, zomaar op te kunnen lossen' is zo beangstigend, dat zij zichzelf snijdt om te voelen dat ze er is.

*Verminderen van suïcidale gedachten en voorkómen van suïcidepogingen.*

Simone heeft tweemaal een suïcidepoging gedaan nadat een belangrijke ander het vertrouwen in haar opzegde of het contact verbrak. Intense gevoelens van zelfhaat en schuldgevoel gingen na die breuken vooraf aan het innemen van te veel pillen.

### 5 Verbeteren van sociaalmaatschappelijk functioneren

*Afspraken omtrent baan en opleiding nakomen en volhouden.* Simone geeft snel op, als zij het idee krijgt dat anderen het vertrouwen in haar verliezen. Vanuit een gebrek aan vertrouwen in zichzelf kan ze impulsief met baantjes stoppen en oogt ze onverschillig. Door middelengebruik komt Simone soms ook gewoonweg niet opdagen.

*Erachter komen welk werk bij mij past (zowel qua interesse als wat ik kan).*

Simone heeft geen opleidingen afgemaakt en geen idee welk werk er bij haar zou passen. Ook heeft ze er weinig vertrouwen in dat er iets is dat zij goed kan.



In de beginfase spelen er vaak *commitment*-problemen. Hoewel Simone de therapie als een laatste strohalm ziet, blijkt het in praktijk voor haar vaak lastig om te komen. De beginfase kent dan ook een turbulente start, met opeenvolgende crisissituaties. Simone is veel aan het gebruiken en mist veel afspraken, door het onder invloed zijn of het herstellen van gebruik. Ze is dan soms enkele weken uit beeld, waarbij zij ook haar telefoon niet meer opneemt.

Wanneer Simone wel verschijnt, is het een hele opgave voor de therapeut om contact met haar te krijgen. Zij oogt onverschillig, lijkt weinig te voelen en niets lijkt haar echt te raken. Hoewel ze inhoudelijk verschrikkelijke dingen vertelt, is dit weinig invoelbaar. Ook de therapeut begint zich te vervelen en krijgt moeite om in te voelen in de patiënt. De therapeut herkent dit als belangrijke tegenoverdrachtsgevoelens. Deze kunnen erop duiden dat Simone veelal in de 'alsof-modus' functioneert. In deze prementaliserende modus is de innerlijke ervaring losgekoppeld van de externe wereld en tegelijkertijd afgesplitst van de rest van het ik, wat als 'te weinig echt' ervaren kan worden (Bateman & Fonagy, 2004).

De therapeut is erop gericht de alsof-modus te doorbreken en het mentaliseren te herstellen. Soms is hierbij het focussen op het affect voldoende, door vast te houden aan gedetailleerde exploratie van de beleving. Soms zijn meer creatieve interventies nodig, zoals een *challenge* (Bateman & Fonagy, 2006). Dit is een voor Simone onverwachte reactie van de therapeut die haar even uit haar standaardverhaal doet 'struikelen' en meer in contact brengt met wat ze voelt. Zodra de alsof-modus doorbroken wordt, raakt Simone echter al snel overspoeld door een enorm gevoel van eenzaamheid, schuld en machteloosheid.

Zichtbaar is hier de moeite die het, zeker in beginnende behandelingen, kost om de *arousal* goed te reguleren en zo het optimale spanningsniveau te bewerkstelligen waarin het mentaliseren bevorderd kan worden: niet te hoog, maar ook niet te laag. Vanuit de overspoelende gevoelens van eenzaamheid, schuld en machteloosheid doet Simone vaak een appel op praktische oplossingen van de therapeut. De neiging van de therapeut om in reactie hierop buitenreguliere acties te verrichten (zoals verantwoordelijkheid overnemen, uitlopen in de gesprekstijden, praktische adviezen geven) is exemplarisch voor tegenoverdrachtelijke beleving die ontstaat in de interactie met een patiënt die in de 'teleologische modus' functioneert. Deze prementaliserende modus kenmerkt zich door een beleving waarin veranderingen in mentale toestanden en belevingen enkel als reëel worden gezien als deze bevestigd worden door fysiek bewijs, verbonden aan de wens, de overtuiging of het gevoel van de patiënt (Bateman & Fonagy, 2004), ofwel: 'Het is pas zo, als ik zie dat het zo is.'

Soms zijn dergelijke fysieke acties of bewijzen nodig om de spanning te reguleren en de teleologische modus te doorbreken. Maar de therapeut moet er hierbij steeds alert op zijn dat er sprake is van een niet-mentaliserende modus van het beleven van de realiteit en dat dit een teken is dat het mentaliserend vermogen ondermijnd is. Vanuit haar teleologische manier van denken ervaart Simone het uitblijven van concrete adviezen van de therapeut

bijvoorbeeld als bewijs dat deze zich niet voor haar interesseert, er alleen maar zit omdat zij ervoor betaald wordt en dat ze er toch alleen voor staat. Simone voelt zich 'onzichtbaar' en niets waard (commitmentthema 1.1). De rigide overtuigingen die Simone over haar therapeut heeft, leiden ertoe dat ze wegblijft.

De teleologische manier van denken is nauw gerelateerd aan de 'psychisch equivalente modus'. In deze derde prementaliserende modus worden de interne en externe wereld als identiek ervaren en staat de eigen innerlijke beleving dus gelijk aan de realiteit, zonder ruimte voor andere zienswijzen (Bateman & Fonagy, 2004). Vanuit deze modus voelt Simone zich dus niet alleen waardeloos en onzichtbaar, maar is zij ook waardeloos, zowel voor zichzelf als anderen. Gevangen in die overspoelend negatieve beleving, zonder ruimte voor alternatieve perspectieven, is het gebruik van middelen voor Simone de enige manier om iets in de werkelijkheid te veranderen, dit negatieve zelfgevoel kwijt te raken en zichzelf zo te stabiliseren.

Een hoge mate van creatief outreachend werk is nu nodig om steeds weer contact te herstellen met Simone en haar commitment aan de behandeling weer te versterken. De therapeuten houden Simone *in mind* gedurende haar afwezigheid en pogen steeds een beeld te vormen van haar mentale toestand die mogelijk meespeelt in haar afwezigheid. Vanuit dit mentaliseren over Simone worden acties uitgezet om het contact te herstellen (zoals telefoontjes, brieven en soms zelfs een huisbezoek). Het is noodzakelijk om Simone uit deze non-mentaliserende modi (in dit geval de equivalente en teleologische modus) te helpen, die leiden tot haar afwezigheid.

Een typisch voorbeeld hiervan betreft de in het team afgewogen actie om Simone na een lastig individueel gesprek, waarin zij zich weer heel afgewezen heeft gevoeld, even te bellen. Het telefoontje vormt enerzijds een fysiek bewijs dat er aan haar gedacht wordt (teleologische actie). Het horen van de gedachten die de therapeuten over Simone hebben, biedt haar bovendien een mentaliserenbevorderend alternatief perspectief, op de voor haar in eerste instantie enige mogelijke en zeer beangstigende realiteit dat de therapeut haar waardeloos vindt.

In het eerstvolgende contactmoment is de afwezigheid steeds onderwerp van gesprek. Daarbij gaan de therapeut en Simone na welke mentale toestanden voorafgingen aan het wegblijven (mentaliseren over zichzelf), de betekenis hiervan voor de ander (bijvoorbeeld bezorgd worden) en de relatie (bijvoorbeeld dat Simone als minder betrouwbaar wordt ervaren en dat anderen zich machteloos kunnen gaan voelen en van hieruit 'opgeven'). Het mentaliseren over commitmentproblemen in eerdere afgebroken therapieën, werk en opleiding, kan helpen om de interpersoonlijke thema's die interfereren met het behandelproces helder te krijgen. Dit leidt tot een gezamenlijke beschrijving van maximaal twee belangrijke commitmentthema's in het behandelplan. Deze bieden Simone en de therapeuten handvatten om deze problemen te verminderen (zie de behandelthema's 1.1 en 1.2 in het kader).

Commitmentwerk is weliswaar gedurende de gehele behandeling een belangrijk onderdeel, maar vraagt het meest actieve werk in de beginfase. Door het consistent interveniëren vanuit het mentaliseren van therapeuten over

Simone, en haar steeds laten ervaren dat haar *mind in mind* is, ontwikkelt zich een steeds veiligere gehechtheidsrelatie die Simone in behandeling helpt houden.

Zoals gezegd, ligt er in de beginfase ook een belangrijke focus op het verminderen van (zelf)destructief gedrag en crisis (behandelthema 4). Simone gaat in haar individuele sociotherapiegesprekken aan de slag met het maken van een signaleringsplan met crisisafspraken (De Weerd, 2013). Zij wordt gestimuleerd om na te denken over situaties en samenhangende mentale toestanden die leiden tot oplopende spanningen en uiteindelijk destructieve gedragingen in de vorm van zelfbeschadiging of suïcidaliteit. Door zowel oude als actuele crisissituaties te exploreren, worden mentale toestanden die voorafgaan aan crisissituaties steeds verder geconcretiseerd. Het plan wordt aangevuld met acties van zichzelf en anderen die helpend kunnen zijn om te stabiliseren. De zus van Simone wordt betrokken bij het opstellen en hantieren van het signaleringsplan.

Wanneer Simone begint met de intensieve hoofdbehandeling volgt een periode van enorme terugval. Aanwezig zijn in de groepszittingen is onverdraaglijk voor Simone; ze raakt overspoeld door alle verhalen en gevoelens van zichzelf en anderen. Het lukt haar niet om dit te uiten. Ze gaat zich steeds slechter voelen en trekt zich verder terug. Het middelengebruik, in een poging om gevoelens te dempen en zichzelf te stabiliseren, neemt toe. Als ze wel aanwezig is, staart ze voor zich uit en oogt ze zo onverschillig dat groepsgenoten haar links laten liggen. Het lukt dan ook therapeuten niet om contact met haar te maken. Simone blijft steeds vaker weg.

Het voorwerk in het identificeren van haar mentale toestanden binnen dit patroon (commitmentthema 1.2) helpt de therapeuten hierop alert te reageren. Middels outreachend werk wordt geprobeerd weer in gesprek te komen. Eenmaal weer in contact, foetert Simone dat ze wegblijft omdat ze 'knettergek wordt van alle verhalen en rotgroepsgenoten, waar ze alleen maar slechter van wordt'. Het team helpt Simone om haar gevoelens te begrijpen, te labelen en te plaatsen in het hier en nu van de actuele interpersoonlijke context.

Behalve de boosheid richting groepsgenoten en therapeuten die haar links laten liggen, blijken ook emoties als verdriet hierover en angst voor de vele emoties van zichzelf en anderen waarmee ze geconfronteerd wordt in de zittingen een rol te spelen in het terugtrekken. Het valideren van deze emoties als begrijpelijk binnen de context leidt ertoe dat emoties steeds minder ervaren worden als belevingen die zomaar uit het niets ontstaan, nergens aan gerelateerd zijn en aldus ook oncontroleerbaar zijn.

Naast de emotieregulatie, die zo verstevigd wordt, wordt tevens een begonnen met het verruimen van Simones perspectief op zichzelf, de ander en relaties. Ze begint te ervaren dat, als ze meer over zichzelf deelt, anderen haar beter begrijpen en ze zich minder ongezien en alleen voelt. Simone voelt zich minder vaak overspoeld, kan emoties beter plaatsen, waardoor ze minder drinkt. Waar zij voorheen veelvuldig in alsof-modus functioneerde, lukt het nu vaker contact te maken met zichzelf en anderen.

Hoewel Simone, mede door de handvatten die het signaleringsplan biedt, zichzelf vrijwel nooit meer snijdt, is de drang er soms nog wel en ook komt cocaïnegebruik nog voor, als zij zich alleen voelt. Op momenten van trek en na terugval wordt steeds het signaleringsplan weer aangescherpt: welke mentale toestanden gingen eraan vooraf? Wat maakte dat het signaleringsplan niet werkte? Wat moet er aangepast worden? Dit leidt ertoe dat Simone steeds meer greep krijgt op de mentale toestanden voorafgaand aan het destructieve gedrag en andere manieren om zichzelf tijdig te stabiliseren, waardoor het destructieve gedrag verder afneemt.

### *Middenfase van de behandeling*

Simone is meer geëngageerd aan de behandeling, het middelengebruik is sterk verminderd en snijden komt niet meer voor. De contacten met groepsgenoten en (meer specifiek) de gehechtheidsrelatie met de therapeut intensiveren. In de middenfase komt meer focus te liggen op de dynamieken in het interpersoonlijke domein (zie doel 3 in het behandelplan).

De primaire taak van het team in deze fase is om breuken in de therapeutische relatie te herstellen en de motivatie van de patiënt en van zichzelf te behouden, door steeds gericht te zijn op het bevorderen en herstellen van het mentaliseren bij zowel de patiënt als bij zichzelf. Het team merkt op dat zij Simone meer uit het oog verliezen. Hoewel Simone zowel in individuele gesprekken als in de groep altijd aanwezig is, blijft met name in de groepsessies vaak onduidelijk wat er in Simone zelf omgaat. Simone richt zich actief op groepsgenoten, soms mentaliserend maar vaak met praktische oplossingen (vanuit de eerder beschreven teleologische modus).

De combinatie van groepsessies en individuele gesprekken is een essentieel kenmerk van een MBT-behandeling. De groepstherapie biedt een *live*-oefenveld waarin actuele emotionele interacties en dynamieken worden benut om het mentaliseren over zichzelf, de ander en de relatie verder te bevorderen in een complexe interpersoonlijke context. Een voorbeeld betreft een groepszitting waarin groepsgenoot K. een heftig beladen verhaal vertelt en Simone direct met adviezen reageert. De groepsgenoot snauwt dat Simone eens moet ophouden met het smijten met oplossingen. De spanning loopt hoog op; Simone oogt angstig en keert volledig in zichzelf. De therapeut stopt de situatie, spoelt terug naar het moment in de zitting waarop het mentaliseren verloren ging en zoomt in op de interactie van dat moment, om het proces wat zich zojuist heeft afgespeeld vertraagd te exploreren ('Stop, ga terug, exploreer'-interventie; Bateman & Fonagy, 2006).

Door steunend maar vasthoudend aan te dringen op het stilstaan bij wat ze op dat moment dacht en voelde, ontdekt Simone dat zij het gevoel kreeg K. direct te moeten helpen, uit angst anders tekort te schieten en haar goede contact met K. te verliezen. Ook beseft ze hoe bang ze werd op het moment dat groepsgenoot K. geïrriteerd reageerde. Ook groepsgenoot K. wordt geholpen om haar belevingen van dat moment helder te krijgen en het effect van haar manier van reageren op anderen te onderzoeken. K. blijkt zich juist niet serieus genomen te hebben gevoeld door de oplossingen van Simone.

Bovendien maakte het haar onzeker dat ze niet kon zien wat Simone nu eigenlijk zelf vond en voelde bij haar verhaal.

De therapeuten hebben een actieve rol in het reguleren van het spanningsniveau en richten zich op exploreren en valideren van de verschillende belevingen; overigens ook van de overige aanwezige patiënten in de groep. Groepspsychotherapie biedt immers bij uitstek de mogelijkheid om patiënten een scala aan alternatieve perspectieven aan te bieden, afkomstig van de verschillende groepsleden. Door het creëren van alternatieve perspectieven te stimuleren, ontstaat ruimte voor verschuiving in Simones vaste overtuiging dat anderen haar ‘niets vinden’ en zij alleen iets kan betekenen als zij iets voor de ander doet (behandelthema 3.1). Zo wordt het mentaliseren over het zelf, de ander en relaties in actuele interacties tijdens de zittingen continu bevorderd, met een focus op de thema’s uit haar behandelplan.

Zoals gezegd, wordt ook de relatie met de therapeuten steeds meer de focus van het mentaliseren (mentaliseren van de [overdrachts]relatie; Bateman & Fonagy, 2004, 2012). Een voorbeeld hiervan doet zich voor in een periode waarin er veel agressie in de groep speelt en Simone erg wantrouwend is na een conflict tussen een aantal groepsleden. Zij heeft na een forse woede-uitbarsting met slaande deuren de zitting verlaten. In een individueel gesprek waarin het incident besproken wordt, begint de therapeut Simone opnieuw als steeds geladener en dreigender te ervaren. Simones blik wordt killer en haar houding heel star. De therapeut merkt dat ze in reactie hierop angstiger wordt en vage, vermijdende vragen begint te stellen. Ingegeven door haar kennis van dit interactiepatroon als belangrijk interpersoonlijk thema van Simone (behandelthema 3.2) grijpt de therapeut het moment aan om met Simone te mentaliseren binnen de (overdrachts)relatie.

Binnen MBT is overdracht de actuele nieuwe ervaring die beïnvloed wordt door het verleden (in tegenstelling tot de klassieke benadering, waarbij het gaat om het ‘oude gevoel’ dat overgedragen wordt op de therapeut). Het doel van het mentaliseren van de (overdrachts)relatie is nu om Simone zich te laten richten op de mentale toestand van een ander (de therapeut) en de perceptie van zichzelf te vergelijken met hoe zij wordt gezien. De nadruk ligt daarbij op het zichtbaar maken van hoe hetzelfde gedrag door verschillende mensen anders ervaren kan worden en dat er verschillend over gedacht kan worden.

Het mentaliseren van of in de relatie is beschreven in opeenvolgende stappen (zie figuur 1). Het vormt een spannende aangelegenheid - vaak ook voor de therapeut - die essentieel is om het mentaliserend vermogen in het hier en nu in de context van een gehechtheidsrelatie te verstevigen. De therapeut houdt steeds nauwlettend Simones spanningsniveau in de gaten en keert tussentijds terug naar hogere niveaus in het interventiespectrum (zoals steun geven, wanneer de spanning te hoog oploopt). Al explorerend wordt duidelijk dat Simone zich in het gesprek steeds angstiger en wantrouwender voelde in reactie op haar indruk dat de therapeut genoeg van haar had. Aanleiding voor die beleving in de relatie nu waren de vage vragen van de therapeut. Die gaven Simone het gevoel dat haar therapeut geen interesse meer had, maar toch ‘nep-aardig’ deed. Het ‘empathisch valideren’ van haar gevoel

gelinkt aan de huidige context, is belangrijk voor Simone om te ervaren dat haar emoties verklaarbaar zijn in de huidige interactionele situatie (stap 1 en 2). Pas daarna kan de therapeut de *enactment* (haar eigen aandeel in de interactie) op zich nemen (stap 3).

Ook al was de intentie van de therapeut anders, zij neemt er verantwoordelijkheid voor dat wat zij deed een effect had op Simone. In dit geval voor het gebruik van vermijdende woorden en een houding die als onecht overkwam, wat Simone angstig en wantrouwend maakte. Er ontstaat een gedeeld begrip van hoe Simone zich heeft gevoeld en hoe dit in contact met de therapeut tot stand gekomen is (stap 4). Op dit moment probeert de therapeut, door transparantie over haar eigen mentale processen, een alternatieve visie te presenteren (stap 5). Zij herkent namelijk wel 'vage' vragen te hebben gesteld, maar niet doordat zij niet meer geïnteresseerd was in Simone, maar meer omdat zij gespannen raakte door de dreigende houding van Simone en haar recente agressie. Zodoende kan de interpretatie die Simone heeft gegeven aan de vermijdende vragen als gebrek aan interesse heroverwogen worden. Er ontstaat ruimte om samen te zoeken naar alternatieve perspectieven. Nauwlettend wordt opgevolgd wat dit voor Simone betekent, waarmee de cirkel van het werken in de (overdrachts)relatie wordt afgemaakt (stap 6).

Het gaat daarbij om de gezamenlijke reis, het proces van begrijpen hoe *the mind* werkt en niet om het genereren van inzicht, hoewel dat een neveneffect kan zijn. Bij het mentaliseren van de relatie probeert de therapeut dus nieuwsgierigheid bij Simone te wekken over waarom zij steeds interpersoonlijke situaties op een bepaalde manier blijft interpreteren, terwijl er zoveel verschillende perspectieven zijn. De momenten dat Simone zich hierover echt aan het verwonderen is ('Hoe komt het toch dat ik steeds in allerlei situaties denk dat mensen mij niet meer interessant vinden en zullen verlaten, terwijl er zoveel andere verklaringen zijn?'), begint er een verschuiving te ontstaan in haar rigide (psychisch equivalente) belevingen over zichzelf en de ander. Zo kan Simone via de mind van de therapeut binnen de context van een gehechtheidsrelatie, nieuwe, verstevigde representaties van zichzelf, anderen en relaties ontwikkelen en ontstaat er een meer coherent zelfgevoel. De behoefte om incoherente zelfbelevingen te externaliseren of uit te ageren, verdwijnt.

Gedurende dit werk rond interpersoonlijke relaties worden actief linken gelegd naar relaties buiten de therapie en het sociaalmaatschappelijk functioneren. Het lukt Simone om te mentaliseren over de eenzaamheid en het verdriet over het gebrek aan positieve relaties. Voorheen raakte zij bij het voelen van deze emoties overspoeld en ging drugs gebruiken, om de chaos in haar hoofd te stoppen. Nu lukt het haar beter om deze gevoelens en behoeften te begrijpen en te delen met anderen. Haar toegenomen vermogen om relaties aan te gaan en zich verbonden te voelen met anderen, vermindert haar gevoelens van eenzaamheid en de noodzaak om in destructieve relaties te blijven. Simone verbreekt de relatie met haar (nog altijd verslaafde) partner. Door een verbeterd vermogen tot mentaliseren en verminderd middeleengebruik en verbeterde zelfbeeld lukt het bovendien steeds beter om zich

op moeilijke momenten niet terug te trekken, maar in contact te blijven en zich aan afspraken te houden (behandelthema 1.1, 1.2 en 5.1).

### *Eindfase van de behandeling*

In de eindfase van de behandeling, die al aanvangt tijdens de hoofdbehandeling (zie figuur 1), ligt de focus op doorzetten en bestendigen van behaalde veranderingen in het leven buiten de therapie. De thema's bij doel 5 (sociaal-maatschappelijk functioneren) komen nadrukkelijker aan bod.

Nu haar zelfvertrouwen groeit, durft Simone meer stil te staan bij wat ze wil (behandelthema 5.2). Ze ontdekt dat ze graag een opleiding wil doen en in de voorbereiding faseert zij (in overleg) al uit enkele behandelonderdelen. Het is moeilijk om niet meer alles mee te krijgen van de therapie; gevoelens van buitengesloten zijn, er alleen voor staan en zelfs opnieuw enig wantrouwen steken de kop op. Simone, de therapeuten en groepsgenoten zijn alert op thema's en bijbehorende mentale toestanden die voor Simone risicovol kunnen zijn, zoals haar neiging op te geven vanuit zelftwijfel en te gaan drinken als ze te veel voelt. Het lukt Simone steeds beter om ook in deze risicovolle momenten tijdig haar mentaliseren te herstellen, waardoor terugval wordt voorkomen.

Richting het daadwerkelijke afscheid van de intensieve hoofdbehandeling is Simone geneigd om stilletjes uit beeld te verdwijnen. Hierop wordt alert gereageerd door het team, door expliciet haar mentaliseren over de betekenis van het afscheid te stimuleren. Haar boosheid en verdriet over wat ze gaat missen en haar angst voor een terugval, straks in de minder intensieve nabehandeling, komen aan bod.

In de eindevaluatie kijken het team en Simone met trots terug op een succesvolle hoofdbehandeling. Simone is geëngageerd geraakt in de behandeling. Het mentaliserend vermogen is verstevigd. Waar ongedifferentieerde emoties haar vroeger overspoelden en aanzetten tot impulsiviteit en destructief gedrag, is het middelengebruik en zelfbeschadigend gedrag nu gestopt. Haar affectregulatie is sterk verbeterd. Hoewel haar stemming nog kan wisselen, zijn de aanleidingen helderder, herstelt ze zich sneller en komen aanhoudende sombere periodes niet meer voor. Simone kan beter nadenken over zichzelf en anderen, en het vermogen om veilige en nabije relaties te onderhouden is verstevigd. Relaties worden niet langer gekleurd door wantrouwen en angst voor verlating, en woede-uitbarstingen komen nauwelijks meer voor.

Simone en het team besluiten tot een nabehandeltraject van in frequentie afbouwende individuele contacten. Hierbij ligt de nadruk op het voorkómen van terugval en het stimuleren van verdere doorgroei via het verder verbeteren van het mentaliseren, terwijl er verder gere-integreerd wordt in de maatschappij. Simone kiest met het team als focus de volgende twee behandeldoelen: *a* sociale contacten uitbreiden, en *b* re-integratie (werk opbouwen en zelfvertrouwen verstevigen).

Na enkele maanden, waarin Simone stabiel functioneert en haar opleiding aan het oppakken is, komt het uiteindelijke afscheid in zicht. Dat wordt cre-



atief en op maat vormgegeven. Voor Simone staan daarin het nemen van eigen regie en het verminderen van afhankelijkheid centraal. Er wordt gekozen voor een 'strippenkaart', waarmee Simone op eigen initiatief nog een vijftal gesprekken kan inplannen. Zo neemt zij zelf de regie over haar afscheidsfase, wat haar zelfvertrouwen versterkt.

Drie maanden later, waarin Simone zich nog twee keer heeft gemeld voor een (mentaliserenonderhoudende) sessie, sluiten Simone en haar therapeut het proces in een laatste gesprek samen af.

## Conclusie

In de behandeling zijn het team en Simone in staat geweest om een veilige gehechtheidsrelatie te creëren, waarbinnen haar mentaliserend vermogen is verstevigd. Duidelijk moge zijn dat deze casus slechts een beknopte illustratie betreft van hoe een MBT-behandeling kan verlopen. Het behoud van een open blik en een creatieve geest om in iedere behandeling weer open te staan om te leren, gebaseerd op aanhoudend mentaliseren en bovenal herstel van mentaliseren bij zowel zichzelf als de patiënt, tekent de MBT-therapeut bij uitstek. Iedere MBT-behandeling vormt een nieuw gezamenlijk avontuur van ontdekken hoe de *mind* werkt.

De behandeling van Simone heeft obstakels en hindernissen gekend. Het team is in die lastige momenten een onmisbaar element in het behouden van een reflectief proces en het mentaliserend vermogen van zowel teamleden als patiënten. Binnen een context met structurele opleiding, training, supervisie, behandelplanevaluaties, intervisie en reflecties is een goed functionerend mentaliserend team beter in staat om de drie C's (consistentie, continuïteit en coherentie; Bateman & Fonagy, 2004) te waarborgen, die van essentieel belang zijn voor een effectieve behandeling van patiënten zoals Simone. Dit is essentieel om de (sterke) overdracht- en tegenoverdrachtprocessen op een constructieve manier te kunnen benutten en een mentaliserende attitude te behouden.

Vanuit die mentaliserende, niet-wetende houding staat de therapeut als medereiziger in dit avontuur naast de patiënt. Zij neemt geen verantwoordelijkheid over, maar stimuleert een gezamenlijke nieuwsgierigheid. Zoals Simone zegt: 'Ze stond naast me, vertelde me niet wat ik moest doen of voelen en hielp mij om mijzelf en anderen beter te begrijpen. En zo heeft zij heel veel bij mij bereikt, door het eigenlijk ... simpel ... gewoon te vragen, niet voor mij in te vullen en mij te blijven prikkelen als ik vastzat in mijn eigen ding.'

Het gaat daarbij niet primair om het verkrijgen van inzicht of oplossingen, maar om het proces van het gezamenlijk mentaliseren als belangrijk werkingsmechanisme in de behandeling. In dit proces, met een voortdurende gerichtheid op mentale toestanden in het hier en nu, krijgen ongedifferentieerde affecten betekenis in de actuele interpersoonlijke context, zodat de affectregulatie verbetert. Ofwel, in Simone's woorden: 'Als je die chaoti-



sche gedachten en gevoelens beter uit elkaar kan halen en in woorden kan zetten, zijn ze minder verwarrend en overspoelend en dan gaat het beter.’

Het mentaliseren wordt bevorderd over zichzelf, de ander en relaties. Simone: ‘Je leert anders over jezelf te denken en jezelf af te vragen: waarom doe ik dit en waarom reageer ik zo? Maar je leert ook om in iemand anders zijn schoenen te gaan staan, om te bedenken hoe die ander zich zou voelen in die bepaalde situatie of hoe de ander naar jou kan kijken. Daardoor ga je beter begrijpen hoe relaties werken en wat er dan eigenlijk gebeurt tussen elkaar.’ Verschillende interventies zijn daarbij de revue gepasseerd. Maar wat ook de techniek is, het primaire doel is steeds hetzelfde: het mentaliseren stabiliseren in de context van een gehechtheidsrelatie en de patiënt zichzelf en de ander laten ontdekken door *‘a mind considering a mind’*.

Simone heeft zo in haar reis door de MBT-behandeling veel geleerd: over zichzelf, over de ander, over relaties, maar bovenal over hoe *the mind* werkt: ‘In de behandeling heb ik geleerd dat ik dit kan, dat ik mijzelf en anderen beter kan begrijpen. Zolang ik maar in contact blijf en open probeer te blijven staan voor verschillende ideeën, gedachten, gevoelens.’ De te behalen winst voor patiënten met een ernstige BPS ligt erin dat de patiënt toekomstige uitdagingen tegemoet kan gaan met de buffer die het mentaliserend vermogen biedt en in het leven buiten de therapie verder kan leren. Simone, in haar laatste gesprek: ‘Ik kan nu praten over hoe het was en wat ik voelde. Ik kan relaties onderhouden. Ik heb een paar nieuwe vrienden. Ik volg een opleiding. Ik kan mensen iets makkelijker vertrouwen, nieuwe mensen leren kennen. Het gaat met vallen en opstaan, maar ik voel me sterker en durf de grote wereld in.’

## Literatuur

### MBT in theorie

- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 1355-1381.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (in druk). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In D. Cicchetti (Eds.), *Development and psychopathology* (3rd. ed.). New York: Wiley.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of self*. New York: Other Press.

### MBT in de praktijk

- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.

- Bales, D. (2012). Mentalization-Based Treatment. In T.J.M. Ingenhoven, A.C. van Reekum, J.B. van Luyn & P. Luyten (Eds.), *Handboek borderline persoonlijkheidsstoornis* (pp. 111-126). Utrecht: de Tijdstroom.
- Bales, D. & Bateman, A.W. (2012). Partial hospitalization settings. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 197-226). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., Bales, D. & Hutsebaut, J. (2012). *Quality manual for MBT*. Internet: [www.annafreud.org](http://www.annafreud.org) (8 februari 2014).
- Weerd, D. de (2013). Sociotherapie en Mentalization-Based Treatment. In D. de Weerd, S. Slaa & E. Muste (Eds.), *Handboek sociotherapie: theorie en praktijk voor hulpverleners in een sociaal agogisch werkveld* (pp. 231-265). Amsterdam: SWP.

### MBT in de wetenschap

- Bales, D., Beek, N. van, Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. van, Verheul, R. & Andrea, H. (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. & 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. & 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. & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-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. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Jørgensen, C.R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D. & Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 305-317.