

Mentaliseren in de klinische praktijk

Jon G. Allen

Peter Fonagy

Anthony W. Bateman



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD

De auteurs hebben erop toegezien dat op het moment dat dit boek ter perse gaat alle gegevens in dit boek juist zijn en voldoen aan de gangbare psychiatrische en medische maatstaven. Aangezien medisch onderzoek en de medische praktijk continu in ontwikkeling zijn, kunnen er veranderingen optreden in de therapeutische maatstaven. Ook kunnen bepaalde situaties specifieke therapeutische ingrepen vereisen die niet in dit boek zijn opgenomen. Het is daarom en ook omdat menselijke en mechanische fouten zich een enkele keer nu eenmaal voordoen, dat we lezers aanraden het advies op te volgen van de behandelende arts.

Oorspronkelijke titel: *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, 2008.

In de Verenigde Staten verschenen bij American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. en Londen (VK). Copyright 2008, alle rechten voorbehouden. First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. and Londen (UK). Copyright 2008, all rights reserved.

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Redactionele adviezen: Dawn Bales en Ab Hesselink (De Viersprong, Halsteren),
Annelies Verheugt-Pleiter en Margit Deben-Mager (Nederlands Psychoanalytisch Instituut)

Vertaling: Corine Wepster, Heemstede, en Peter Diderich, Oegstgeest

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslagontwerp: Studio Jan de Boer, Amsterdam

Copyright © 2008, American Psychiatric Publishing, Inc.

Nederlandse vertaling © 2008, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 277 4

NUR 777

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd 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.

Voorwoord

door Stuart C. Yudofsky

De ossenkar

Een eeuwenoud filosofisch raadsel draait om de volgende vraag: ‘Wat is het belangrijkste onderdeel van een ossenkar?’ De meeste mensen geven als antwoord: ‘Het wiel’, of ‘de os’, ‘de kar’, ‘de menner’, ‘de wielas’, ‘de tuigage waarmee de os aan de kar vastzit’, enzovoort. Een doorgewinterde psychoanalyticus kwam zelfs met het deels grappig bedoelde antwoord: ‘De zweep.’ Mijn favoriete antwoord op deze raadselvraag luidt: ‘Het *concept* van een ossenkar.’ Ik vind dat dit verreweg het beste antwoord is, omdat het laat zien hoe belangrijk en invloedrijk concepten kunnen zijn – ook al kun je concepten niet zien, betasten, of in beeld brengen met MRI.

Een verwante vraag is: ‘Hoe kun je zien of één bepaald concept uit die onafzienbare verzameling van andere concepten potentie heeft of waardevol is?’ Ik wil stellen dat er vier elementen zijn waaraan je de verdiensten van een concept kunt afmeten: (1) duidelijk omschreven, (2) bruikbaar, (3) houdbaar, en (4) te verwerken tot toekomstige concepten. Laten we deze vier elementen eens toepassen op de ossenkar. Het concept van twee wielen die je door een wielas met elkaar verbindt en onder een houten bak bevestigt, waarna je deze bak met wielen vastmaakt aan een os, is duidelijk omschreven (element 1). Dit geheel is uitgesproken bruikbaar als transportmiddel voor mensen en goederen (element 2). Drieduizend jaar na de eerste toepassing van het concept is de ossenkar in vele delen van de wereld nog altijd in gebruik (element 3). Bovendien is de ossenkar geëvolueerd tot concepten met een grotere potentie (element 4), zoals de personenauto en de vrachtwagen – net als de ossenkar zijn dat voertuigen met door assen verbonden wielen, een krachtbron aan de voorkant en een zittende persoon die verantwoordelijk is voor de besturing. Let wel: ik stel niet dat ‘oorspronkelijkheid’ en ‘nieuwheid’ essentiële maatstaven zijn voor de potentie of waarde van een concept. Uit het bovenstaande blijkt veeleer dat invloedrijke nieuwe concepten voortkomen uit eerdere concepten, zoals wielen, bakken, jukken en het gebruiken van dieren voor vervoer en arbeid. Ik geloof

zelfs dat de meest waardevolle concepten in zó'n hoge mate van voorgaande concepten worden afgeleid dat ze bij hun allereerste praktische toepassing helemaal niet oorspronkelijk of nieuw lijken.

Niets nieuws?

Vanaf het begin van mijn klinische opleidingsperiode in de psychiatrie, meer dan dertig jaar geleden, heb ik deelgenomen aan zo'n 1500 *grand rounds*. Een van de presentaties die me het meest is bijgebleven, was een voordracht die gehouden werd door Aaron T. Beck tijdens mijn klinische opleidingsperiode in het New York Psychiatric Institute van Columbia University. Dit was verscheidene jaren voor de publicatie van zijn baanbrekende boek *Cognitive Therapy of Depression* uit 1979. Bij deze voordracht vertelde Beck wat cognitieve gedragstherapie inhield en voerde hij aan dat het een nieuwe psychotherapeutische benadering was die vele voordelen had, onder andere de mogelijkheid om de effectiviteit ervan te toetsen. Het kwam erop neer dat Beck zo vermetel was om te poneren dat hij een nieuwe en betere ossenkar had uitgevonden. Mijn herinnering aan deze gebeurtenis wordt minder bepaald door de oorspronkelijkheid en de verstrekkende relevantie van het thema van Becks presentatie dan door de verhitte reacties van de vele aanwezigen die precies het tegenovergestelde betoogden: 'Dit is echt niets nieuws. Wij doen niets anders in onze klinische praktijk.' Of: 'Aaron doet alleen maar oude wijn in nieuwe zakken. Cognitieve therapie is de basis van alle vormen van psychotherapie.' En: 'Ik denk dat hij iets heel erg ingewikkelds maakt van iets wat in wezen heel eenvoudig is.'

Toen ik Jon Allen, Peter Fonagy en Anthony Bateman tijdens een enkele jaren geleden in Houston gehouden symposium voor het eerst hoorde spreken over 'mentaliseren', hadden de emotionele reacties en opmerkingen van vele aanwezige doorgewinterde clinici merkwaardig genoeg griezelig veel weg van de reacties die al zo lang geleden waren opgeroepen door Beck. Gezien de ingrijpende veranderingen die Becks werk teweeg heeft gebracht in de geestelijke gezondheidszorg en voor de mensen die wij van dienst zijn, maakten deze reacties mij attent op de mogelijkheid dat Allen, Fonagy en Bateman, en anderen die met het concept 'mentaliseren' werken, bezig waren met iets wat wel eens bijzonder belangrijk zou kunnen zijn. Het is overduidelijk gebleken dat Becks nieuwe concept voldoet aan elk van mijn vier criteria voor een nieuwe 'ossenkar' met grote potentie. Laten we deze criteria nu toepassen op het mentaliseren, zoals het in dit nieuwe boek van Allen, Fonagy en Bateman wordt belicht.

Criterium 1: een duidelijke omschrijving

Mijn eerste criterium voor de potentie en waarde van een nieuw concept is of het duidelijk omschreven is. In de inleiding van hun boek geven de auteurs van *Mentaliseren in de klinische praktijk* een beknopte en heldere omschrijving van wat mentaliseren inhoudt, om ons dan in dezelfde zin de handschoen toe te werpen, met de volgende extravagante aanname: ‘Wij opperen de stoutmoedige gedachte dat mentaliseren – aandacht schenken aan “mentale toestanden” in zichzelf en anderen – *de meest fundamentele gemeenschappelijke factor* is in alle psychotherapeutische behandelingen en dat bijgevolg alle professionals in de geestelijke gezondheidszorg zullen profiteren van een goed begrip van wat mentaliseren is en van vertrouwde met een aantal praktische toepassingen daarvan.’ Tevens verkondigen de auteurs: ‘... onze zienswijze [is] dat begrip van de aard en betekenis van mentaliseren behandelaars en patiënten zal helpen optimaal gebruik te maken van *alle* vormen van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg; dit hele boek is bedoeld om deze bewering te staven.’ Met andere woorden, de auteurs durven te stellen dat ze een nieuwe en betere ossenkar hebben uitgevonden.

Zoals we hebben gezien, reageren anderen als vanzelf met ongelooft, felle kritiek en vaak met de nodige wrevel op zo’n boude bewering. Ik neem aan dat de lezers van dit boek net als ik graag zouden willen vragen: ‘Bedoelen de auteurs dus dat het begrijpen en toepassen van het concept “mentaliseren” bij psychotherapie fundamenteeler en belangrijker is dan de therapeutische band, of het vermogen van een patiënt om gehechtheidsrelaties aan te gaan, te abstraheren, rationeel te denken of objectief te zijn? Bedoelen de auteurs soms dat mentaliseren zo fundamenteel is dat het een onmisbare vruchtbare component is van een therapeutische band, gehechtheid en vitale cognitieve vermogens?’ Vooruitlopend op zulke uitingen van twijfel pareren de auteurs ieder verzet van de kant van de lezers onmiddellijk met een ietwat opgesmukte nieuwe omschrijving van wat mentaliseren inhoudt:

Mentaliseren is in essentie een gerichtheid op het mentale, *een mentaal betrokken zijn op het mentale*. [...] We mentaliseren wanneer we ons bewust zijn van mentale toestanden van onszelf en anderen – wanneer we nadenken over gevoelens bijvoorbeeld. [...] Om een uitvoeriger definitie te geven: mentaliseren is het met verbeeldingskracht waarnemen of interpreteren van gedrag voor zover dat samenhangt met intentionele mentale toestanden.

Deze omschrijving vereist duidelijk grondig denkwerk van de kant van de lezer en een vakkundige nadere toelichting van de kant van de auteurs. Het laatste wordt voortreffelijk en zeer geslaagd gerealiseerd in Deel I van dit boek,

Mentaliseren begrijpen. Om de lezers aan zo veel inzicht te helpen, worden ze meegenomen op een uitgebreide rondreis door het fascinerende landschap van de integrale *facetten* van mentaliseren, waarbij zulke verwante, verhelderende en overigens moeilijk te omschrijven perspectieven als verbeelding, *mindfulness*, *mindblindness*, *mindreading*, metacognitie, emotionele intelligentie, begrip, *agency*, mentale representatie, gehechtheid en intergenerationele overdracht helder worden belicht en grondig verkend. Een van de sterke kanten van hun boek is de vaardige wijze waarop de auteurs essentiële bestanddelen van mentalisatiebevorderende therapie verbinden met illustratieve klinische voorbeelden die de therapeutische uitrusting van de lezer onmiddellijk verfijnen en vergroten.

Als lid van de American Neuropsychiatric Association en toegewijd beoefenaar van de neuropsychiatrie was ik uiteraard in mijn nopjes met Hoofdstuk 4, Neurobiologie. In mijn ogen is deze beschouwing, waarin de meest actuele vorderingen op het gebied van ontwikkelingsgericht en neurowetenschappelijk onderzoek zijn verwerkt, een onderdeel dat van cruciaal belang is voor hun theses over en omschrijvingen van mentaliseren. De auteurs deinzen er niet voor terug om het concept ‘mentaliseren’ met kritische blik te bezien vanuit het perspectief van de hedendaagse evolutietheorie, structurele neurobiologie, neurofysiologie en neurochemie. Lezers die niet helemaal vertrouwd zijn met dit landschap, zullen vergast worden op een schitterend, meeslepend overzicht van een van de spannendste en meest veelbelovende gebieden van de biologische wetenschap. Daarnaast werpt neuropathologie traditiegetrouw veel licht op de standaardfuncties van de hersenen (zo zijn beroerten belangrijk gebleken om meer inzicht te krijgen in het functioneren van hersengebieden), terwijl hun onderzoek van emotionele disfuncties, deficiënte socialisatie, gehechtheid en interpersoonlijke relaties – dat in het bijzonder gericht is op ‘stoornissen in het mentaliseren’ zoals autisme en sociopathie – geheel nieuwe inzichten oplevert. Het uiteindelijke resultaat is dat de auteurs in Deel I van hun boek geweldig goed hebben voldaan aan mijn eerste criterium voor een waardevol nieuw concept met veel potentie, namelijk dat het duidelijk omschreven moet zijn.

Criterium 2: bruikbaarheid

Mijn tweede criterium bij het toetsen van de potentie en waarde van een nieuw concept is bewezen bruikbaarheid. Deel II, Mentaliseren in de praktijk – dat ongeveer 40 procent van *Mentaliseren in de klinische praktijk* beslaat – leent zich uitstekend voor dit doel. Gelukkig zijn Allen, Fonagy en Bateman actieve en voortreffelijke behandelaars, waardoor ze kunnen putten uit een schat aan recente en relevante klinische ervaring waarin op mentaliseren gebaseerde therapie een hoofdrol speelt. In dit deel willen ze de lezer helpen ‘erachter te

komen hoe de theorie in praktijk kan worden vertaald ...', en in dat streven slagen ze voortreffelijk. Ze beginnen met een bekentenis: '... het echt dóén, op ieder moment, is een kunst, geen wetenschap.' We begrijpen allemaal dat onderricht in 'wetenschap' weliswaar een uitdaging vormt, maar dat onderricht in het omzetten van een vaardigheid in een 'kunst' nog veel moeilijker is. Daarom draagt het hieraan gewijde eerste hoofdstuk van dit deel, Hoofdstuk 5, dan ook de titel 'De kunst van het mentaliseren'. Ze karakteriseren hun onderscheid tussen wetenschap en kunst in de praktijk van de psychotherapie als volgt:

... we twijfelen er niet aan dat systematiseren een rol speelt bij de beoefening van psychotherapie; zonder kennis, grondbeginselen en strategieën zou het hele proces ten onder gaan aan stuurloosheid en zouden we evenmin onze effectiviteit kunnen verbeteren door middel van onderzoek. Maar het van moment tot moment voortgaande interactieve proces vereist empathie.

Ik ben het er volkomen mee eens dat de optimale beoefening van het laatste in de psychotherapeutische context veel weg heeft van 'kunst'. Wat volgt, is een buitengewoon deskundige uitleg van de kunst van het mentaliseren, op fraaie wijze onderbouwd door de geschriften van Daniel Stern, die mijn supervisor was tijdens mijn klinische opleidingsperiode – een groot voorrecht en tevens een ervaring die mij de gelegenheid bood een glimp op te vangen van een therapeut die een echte kunstenaar is in zijn vak. Alle kunsten spelen zich af binnen bepaalde grenzen, of het nu een lijst om het doek van een schilderij is of de lijnen waar kunstenaars met de bal niet overheen mogen gaan. Bij hun uitleg van wat mentaliseren in de praktijk inhoudt, maken de auteurs zich tevens sterk voor dit soort structuur: ze bevelen therapeuten dringend aan om formele 'mentaliserende casusbeschrijvingen' op schrift te stellen, ze bieden een overzicht van allerlei technische aspecten van op mentaliseren gebaseerde behandelingen en ze geven praktische tips voor de toepassing van concepten die verband houden met mentaliseren in de 'alledaagse' therapeutische praktijk.

Een uniek, roerend en meeslepend fragment in dit boek is het verslag uit de eerste hand dat een patiënt met borderline-persoonlijkheidsstoornis geeft van haar ervaringen met de mentaliseren-bevorderende therapie die ze onderging. Samen met de minutieus bijgehouden behandeluitkomsten die de auteurs in dit boek – en ook in andere boeken en in hun talrijke artikelen in erkende wetenschappelijke vaktijdschriften – hebben gepubliceerd, geeft het verslag van deze patiënt over haar persoonlijke ervaring met mentaliseren-bevorderende therapie duidelijk een bevestigend antwoord op de vraag van mijn tweede criterium (is dit nieuwe concept bruikbaar?). Verdere bevestiging van het nut van op mentaliseren gebaseerde behandelingen is makkelijk te vinden in de

hoofdstukken over de behandeling van gehechtheidstrauma, over ouderschap en gezinstherapie, over de behandeling van mensen met borderline-persoonlijkheidsstoornis en over psycho-educatie, waarbij therapie en educatie worden geïntegreerd door te werken met gezinsleden van mensen met psychiatrische stoornissen. De lezer die nog wat dieper in wil gaan op de ‘twee culturen’, wetenschap en kunst, kan ik deze twee boeken van harte aanbevelen: *The Two Cultures and the Scientific Revolution*, door C.P. Snow, en *Consilience*, door Edward O. Wilson.

Criteria 3 en 4: de toekomst

Ontegenzeggelijk hebben de door Freud geponeerde psychoanalytische concepten gedurende meer dan honderd jaar standgehouden, zowel wat betreft de toepassing als de acceptatie ervan (criterium 3) en hebben ze vele andere krachtige, daarvan afgeleide conceptuele toepassingen voortgebracht (criterium 4). Tot deze afgeleide concepten behoren, zoals gezegd, zowel de cognitieve gedragstherapie van Beck als de op mentaliseren gebaseerde behandelmethoden die in dit boek worden gepresenteerd. Omdat de laatste van recente datum zijn, kan de jury nog geen oordeel vellen over hun houdbaarheid en hun doorwerking in nieuwe concepten. Niettemin zijn er nu al sterke aanwijzingen dat op mentaliseren gebaseerde behandelmethoden hun grote waarde en potentie in de komende jaren duidelijk zullen manifesteren.

Een van de vele gedetailleerde voorbeelden die ik zou kunnen geven is afkomstig van het Brown Human Neuroimaging Laboratory (HNL) van het Baylor College of Medicine, waaraan Fonagy en ik beiden verbonden zijn. Het HNL, dat gebruik maakt van krachtige MRI-apparatuur en de nieuwste computerprogramma's, is een onderzoekslaboratorium dat gespecialiseerd is in uiterst geavanceerd functioneel beeldvormend onderzoek van de hersenen. Met behulp van een bepaalde techniek, de zogeheten ‘hyperscanning’, kunnen wetenschappers een beeld vormen van de hersenen van twee of meer individuen terwijl ze interacteren bij specifieke onderzoekstaken. Met deze technologieën hebben onze wetenschappers bijvoorbeeld een beeld kunnen vormen van hersengebieden die betrokken zijn bij besluitvorming in verband met een interactieve taak. De wetenschappers in het laboratorium – voornamelijk neurowetenschappers, wiskundigen, gedragswetenschappers uit vele disciplines en radiologen – waren erg ingenomen met het concept ‘mentaliseren’ en op mentaliseren gebaseerde therapieën, omdat die hielpen bij het afgrenzen van bijzonder specifieke en belangrijke functies bij zogenaamde ‘normale subjecten’ en tevens modellen opleverden voor de primaire, in de hersenen gewortelde disfunctie bij mensen met stoornissen die samenhangen met gebrekkige verbondenheid, variërend van autisme tot persoonlijkheidsstoornissen. Veel onderzoekers zijn geïnteresseerd in het lokaliseren van de hersengebieden en

hersensystemen die betrokken zijn bij mentaliseren, en ook willen ze graag vaststellen of er in de hersenen veranderingen optreden die samenhangen met de vooruitgang die patiënten met relationele disfuncties boeken met behulp van op mentaliseren gebaseerde therapieën. Zulke potentiële ontdekkingen kunnen leiden tot een beter begrip van de genetische, cellulaire, moleculaire en neurofysiologische bijverschijnselen van deze aandoeningen.

De beschikbaarheid van een duidelijk omschreven, nuttig en beproefd concept als mentaliseren zou daarom uitermate bevorderlijk kunnen zijn voor ons begrip en de *evidence-based* behandeling van mensen die lijden aan stoornissen op het vlak van menselijke verbondenheid en relaties, die voorheen werden gezien als onvermijdelijke en onveranderbare gesels van de menselijke conditie. Dit is slechts een van de vele uiteenlopende voorbeelden die erop wijzen hoe het concept ‘mentaliseren’ en de toepassingen van op mentaliseren gebaseerde behandelingen zullen worden benut, gepraktiseerd en, naar alle waarschijnlijkheid, in de loop van de komende jaren zullen worden aangepast. Dat is nog eens een ossenkar die het berijden waard is.

Stuart C. Yudofsky
Baylor College of Medicine

Inhoud

1	Inleiding	1
DEEL I MENTALISEREN BEGRIJPEN		25
2	Mentaliseren	27
3	Ontwikkeling	79
4	Neurobiologie	123
DEEL II MENTALISEREN IN DE PRAKTIJK		159
5	De kunst van het mentaliseren	161
6	Mentaliserende interventies	177
7	Behandeling van gehechtheidstrauma's	227
8	Ouderschap en gezinstherapie	257
9	Borderline-persoonlijkheidsstoornis	279
10	Psycho-educatie	315
	Appendix: Wat is mentaliseren en waarom zou je het doen?	333
11	Sociale systemen	345
	Nawoord	363
	Woordenlijst	369
	Bibliografie	375
	Aanbevolen literatuur	411
	Index	413
	Over de auteurs	423

1 Inleiding

Wat Jerome Frank (1961) tientallen jaren geleden schreef in zijn klassiek geworden boek *Persuasion and Healing* gaat nog steeds op: ‘Veel, zo niet alle effectiviteit van verschillende vormen van psychotherapie zou wel eens te danken kunnen zijn aan de kenmerken die zij alle gemeenschappelijk hebben, eerder dan aan die welke hen onderscheiden.’ (p. 232). Het scheppen van een therapeutische band bijvoorbeeld, is essentieel voor het welslagen van iedere therapie, ongeacht de theoretische oriëntatie van de therapeut (Bordin, 1979; Roth en Fonagy, 2005). Wij opperen de stoutmoedige gedachte dat mentaliseren – aandacht schenken aan ‘mentale toestanden’ in zichzelf en anderen – *de meest fundamentele gemeenschappelijke factor* is in alle psychotherapeutische behandelingen en bijgevolg dat alle professionals in de geestelijke gezondheidszorg zullen profiteren van een goed begrip van wat mentaliseren is en van vertrouwddheid met een aantal praktische toepassingen daarvan. Wij erkennen, als we deze stelling naar voren brengen, dat voor ons datgene wat belangrijk is, zwaarder weegt dan wat nieuw is.

Om effectief te zijn – in het scheppen van een therapeutische band, bijvoorbeeld – moeten wij, behandelaars, heel vakkundig mentaliseren; tegelijkertijd moeten we onze patiënten overhalen tot mentaliseren. Behandelaars die werken met patiënten die goed in staat zijn tot mentaliseren, kunnen dat mentaliseringsproces misschien als iets vanzelfsprekends beschouwen – wij denken echter dat aandacht voor mentaliseren altijd op zijn plaats is. Behandelaars die werken met patiënten bij wie het mentaliserend vermogen beperkt is, zoals bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis, zullen het mentaliseringsproces doelbewuster moeten stimuleren.

Het feit dat we een onbekend begrip – mentaliseren – gebruiken voor een bekend proces – het begrijpen van onszelf en elkaar – vraagt om enige uitleg. We beginnen met de introductie van het begrip mentaliseren en onze kijk op de rol die het speelt in behandelingen. Vervolgens lanceren we ons project, dat een boek vult en waarin we licht werpen op de rijkdom van het begrip mentaliseren, door de oorsprong ervan te beschrijven in de psychoanalyse en de gehechtheidstheorie. Daarna illustreren we onze these dat mentaliseren de

gemeenschappelijke kern vormt van alle vormen van psychotherapie, door een aantal bekende behandelwijzen (cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en cliëntgerichte therapie) te belichten vanuit het perspectief van mentaliseren. Als besluit van deze inleiding herhalen we onze zienswijze dat begrip van de aard en de betekenis van mentaliseren behandelaars en patiënten zal helpen om optimaal gebruik te maken van *alle* vormen van behandeling in de psychische gezondheidszorg; dit hele boek is bedoeld om deze bewering te staven.

Fundamentele vragen

Allereerst geven we een definitie van mentaliseren die volstaat voor een oriëntatie op dit boek. Ook al vormt mentaliseren de kern van ons mens-zijn, conceptueel is dit vakgebied ontmoedigend: toen het logisch positivisme en het behaviorisme de overhand kregen, gaven vele filosofen en psychologen halverwege de twintigste eeuw tientallen jaren lang alle pogingen op om de menselijke psyche nog ooit te begrijpen. En als het gaat om mentaliseren moeten we niet alleen de menselijke psyche begrijpen, maar van die menselijke psyche ook *begrijpen hoe we die begrijpen*. Wij gaan onverschrokken voort.

In Hoofdstuk 2 worden de verschillende facetten van mentaliseren op een rij gezet en in het hele verdere boek wordt meer licht geworpen op dit begrip en zijn ontelbare toepassingen. In deze Introductie wordt eerst wat voorwerk gedaan: zodra we hier een voorlopige definitie in handen hebben, zullen we laten zien wat het in het algemeen betekent om in behandelingen op mentaliseren gericht te zijn, waarna we zullen terugkeren tot een vraag die dan wel aan de orde is: wat is hier nieuw aan, zo er al iets nieuw aan is?

Wat is mentaliseren?

We mentaliseren wanneer we ons bewust zijn van mentale toestanden bij onszelf en anderen – wanneer we nadenken over gevoelens bijvoorbeeld. Om gedachtewisselingen rond mentaliseren van de grond te krijgen, gebruiken wij net als onze collega's een aantal handige formuleringen die in Tabel 1.1 worden opgesomd.

Mentaliseren is in essentie een gerichtheid op het mentale, *een mentaal betrokken zijn op het mentale*. Voor de meeste mensen heeft de term 'mentaliseren' een vreemde klank. En dat is begrijpelijk, want in veel moderne woordenboeken is de term niet te vinden. Alleen al die onbekendheid weerhoudt veel behandelaars ervan het begrip te gebruiken, zoals we in ons voorwoord al aangaven. Maar die onbekendheid is iets wat alle nieuwe woorden gemeenschappelijk hebben, zoals Michail Bachtin zei:

Tabel 1.1: *Handige definities van 'mentaliseren'*

-
- Gerichtheid op psychische processen ('holding mind in mind')
 - Aandacht schenken aan mentale toestanden bij zichzelf en anderen
 - Misverstanden doorzien
 - Jezelf van buitenaf zien en anderen van binnenuit zien
 - Ergens een mentaal aspect aan toekennen of dit mentale aspect ontwikkelen
-

Een woord in een taal is voor de helft dat van een ander. Een spreker maakt het zich alleen 'eigen' wanneer hij het woord een eigen intentie meegeeft, een eigen accent, wanneer hij zich het woord toe-eigent en het aanpast aan zijn eigen semantische en expressieve intenties [...] vele woorden bieden koppig weerstand, andere blijven vreemd en blijven ook onbekend klinken in de mond van degene die ze zich toe-eigende en die ze nu uitspreekt [...] Taal is geen neutraal medium dat zomaar ongedwongen zijn weg vindt naar het privé domein van de intenties van de spreker; taal is bezet, overbezet, door de intenties van anderen. Taal weer onteigenen en dwingen te gehoorzamen aan persoonlijke intenties en accenten is een moeilijk en gecompliceerd proces. (geciteerd in Wertsch, 1998, p. 54)

Juist gesproken; wij hebben ontdekt dat het onteigenen van het begrip 'mentaliseren' een uitzonderlijk moeilijk en gecompliceerd proces is, vooral als we patiënten zover willen krijgen. Een snelle blik op de geschiedenis van het begrip 'mentaliseren' helpt ons misschien om van die vreemde klank van de term af te komen. 'Mentaliseren' is geen nieuwe term, ook al staat hij in veel woordenboeken nog niet. Het woord 'mentalize' werd een eeuw geleden voor het eerst opgenomen in de *Oxford English Dictionary* van 1906. In datzelfde woordenboek wordt de term etymologisch herleid tot 1807. In de *Oxford English Dictionary* wordt Stanley Hall, grondlegger van de Amerikaanse psychologie, aangehaald, die in 1885 schreef: 'Het enige wat de publieke steun voor ons schoolsysteem ooit kan ondermijnen, is de verdenking dat het geen moraliserende en ook geen mentaliserende uitwerking op onze kinderen heeft.' Dat was het begin van het gebruik van het woord als professionele term. Tegenwoordig geeft de *Oxford English Dictionary* twee betekenissen van het woord mentaliseren: ten eerste het mentaal construeren of verbeelden of ergens een mentaal aspect aan toekennen, en ten tweede het ontwikkelen of cultiveren van een mentaal proces, of het stimuleren van de 'mind' in deze richting.

Wij gebruiken de term 'mentaliseren' in dezelfde zin als de *Oxford English Dictionary* die weergeeft, maar we beperken de inhoud van de term mentaliseren tot 'mentale toestanden'; niet alle mentale activiteit is te verstaan als mentaliseren: mentaliseren is de activiteit die specifiek betrekking heeft op men-

tale toestanden. We gebruiken het woord ‘mentaliseren’ in het algemeen in de eerste betekenis: ‘ergens een mentaal aspect aan toekennen’ (bijvoorbeeld een fronsende blik interpreteren als een veroordeling), terwijl wij in de klinische praktijk de nadruk leggen op de tweede betekenis van mentaliseren: ‘het cultiveren van een mentaal proces’ (bijvoorbeeld het aanmoedigen van zelfbewustzijn zoals we dat trachten te doen in psychotherapie). Om een uitvoeriger definitie te geven: mentaliseren is *het met verbeeldingskracht waarnemen of interpreteren van gedrag voor zover dat samenhangt met intentionele mentale toestanden*. Wij zeggen vaak dat mentaliseren betekent dat gedrag wordt geïnterpreteerd als een gevolg van een mentale toestand, of dat mentaliseren impliceert dat mentale toestanden worden afgeleid van bepaald gedrag waaraan ze *ten grondslag liggen*, alsof ‘gedrag’ en ‘mentale toestanden’ altijd van elkaar te scheiden zijn. Deze manier van denken over mentaliseren kan bijvoorbeeld worden toegepast op de volgende situatie: een patiënt zit rustig na te denken en dan opeens lopen de tranen hem over de wangen en balt hij zijn vuisten. De therapeut zal al snel vragen waaraan hij plotseling moest denken, dus eigenlijk wat de mentale toestand was die de tranen en de gebalde vuisten veroorzaakte. Vaak zijn mentale toestanden en gedrag echter onlosmakelijk *met elkaar verbonden*, dat wil zeggen, zo met elkaar verweven dat het ene niet los gezien kan worden van het andere – zoals bij iemand die schreeuwt van pijn of iemand die uit concentratie ver voorovergebogen zit en alsmaar doorpraat.

Mentale toestanden zijn intrinsiek *intentioneel*, dat wil zeggen dat ze iets representeren of anders gezegd: *ergens over gaan*: een gevoel gaat over een bepaalde stand van zaken, terwijl een materieel object zoals een steen niet over iets gaat – het *is* alleen maar. Dit kernpunt, dat mentale toestanden iets representeren, zullen wij het hele boek door blijven benadrukken. Voor de duidelijkheid citeren we hier Bogdan (2005, p. 190), die terecht vaststelt ‘dat werkelijk begrip van de psyche onlosmakelijk verbonden is met een toeschrijving van toestanden of houdingen die iets representeren, zoals verlangens of overtuigingen, en dat de manier waarop ze die representeren (of op die representatie gericht zijn) ergens is vastgelegd’. Hij bedacht voor deze relatie het woord ‘representingness’ (hierna vertaald als ‘het representerende karakter’). Bogdan brengt een belangrijke nuance aan: in het beste geval hebben we een besef van het representerende karakter van mentale toestanden, een impliciet begrip van het feit dat een mentale toestand altijd een bepaalde *beeldopname* van een situatie is. Het vermogen tot nadenken over de verschillende betekenissen die mentale toestanden kunnen hebben – en tot dit nadenken nodigen we onze patiënten steeds uit – hangt samen met het besef van het representerende karakter. Zoals ook later nog aan de orde zal komen, is het verwerven van dit besef van mentale toestanden op zichzelf een mijlpaal in de ontwikkeling van een individu, en betekent psychopathologie vaak dat dit vermogen verloren is gegaan.

Concreet betekent dit dat de klinische praktijk een voortdurend mentali-

Tabel 1.2: *Alledaagse voorbeelden van mentaliseren*

Voor de patiënt

- Uitleggen waarom hij of zij zich wil laten behandelen en een beeld geven van de symptomen
- Beschrijven wat de mening van de partner is over de problemen die zich voordoen en inschatten wat de invloed van deze problemen is op het welbevinden van de kinderen
- Overwegen wat de invloed is van de familierelaties in het gezin van herkomst op de huidige relatie
- Verwoorden wat aan het lijden ten grondslag ligt en wat de grootste zorg is in het klinische gesprek
- Evalueren van de juistheid van de observaties van de behandelaar en corrigeren van de misverstanden die bij de behandelaar zijn opgetreden
- Verslag doen van het effect van medicatie

Voor de behandelaar

- De patiënt tijdens het gesprek een veilig gevoel geven
- Begrijpen wat de relatie is tussen ernstige gebeurtenissen in de loop van het leven en het optreden van een trauma
- Vertalen van het begrip van traumatische gebeurtenissen in een diagnose en deze aan de patiënt duidelijk maken
- De patiënt uitleggen op welke manier een bepaalde behandeling zou kunnen helpen
- De patiënt helpen bepaalde tekenen van vooruitgang of achteruitgang te onderkennen
- Adequaat omgaan met het lijden dat de patiënt ondergaat ten gevolge van zijn of haar eigen ervaring en gedrag

Interacties in het dagelijks leven

- Een angstig kind geruststellen
 - Onderkennen waarom het moeilijk is om je aan een bepaald dieet te houden
 - Begrijpen waarom je onredelijk kwaad reageerde op een verzoek
 - Een afgepeigerde leidinggevende om een vrije dag vragen
 - Bemiddelen bij conflicten tussen kinderen, vrienden of familieleden
-

seren vraagt van zowel de patiënt als de behandelaar. Tabel 1.2 geeft een beeld van de verschillende manieren waarop patiënten en behandelaars gedurende de behandeling kunnen mentaliseren en van de wijze waarop mentaliseren inherent is aan alledaagse situaties. Deze voorbeelden uit het dagelijks leven maken twee dingen duidelijk: ten eerste dat de effectiviteit van een behandeling afhangt van het vermogen tot mentaliseren van de behandelaar; ten tweede dat de effectiviteit van een behandeling afhangt van het vermogen tot mentaliseren van de patiënt. Wij gaan er niet bij voorbaat van uit dat de behandelaar een goed ontwikkeld vermogen tot mentaliseren heeft. Onderzoek naar behandelprocessen wijst uit dat het vermogen van behandelaars tot mentaliseren van patiënt tot patiënt verschilt. Aandacht voor mentaliseren zou dus een welkome aanvulling zijn op klinische opleidingen (zie Hoofdstuk 6).

Zonder de behandelaar te willen negeren, moeten we toch zeggen dat het in de behandeling vooral gaat om het mentaliserend vermogen van de patiënt, om het belang van mentaliseren in het dagelijks leven naar voren te halen.

Een groot gedeelte van dit boek is gewijd aan de uiteenlopende toepassingen van mentaliseren in behandelingen (zie Deel II); ook al verschillen de omstandigheden sterk, de methoden die hiervoor zijn ontwikkeld, hebben alle één ding gemeen: *het bevorderen van het vermogen tot mentaliseren bij alle betrokkenen*. Natuurlijk willen we met het bevorderen van het mentaliserend vermogen mensen niet aanmoedigen om toch vooral een goed psychiatrisch patiënt te zijn; we willen veel liever de kwaliteit van leven bevorderen. In het betoog in dit boek wordt duidelijk dat een beperking in het vermogen tot mentaliseren een belangrijke rol speelt bij psychiatrische stoornissen zowel als in het dagelijks leven. Omgekeerd speelt adequate mentalisering een essentiële rol bij het verwerven van veerkracht, het vermogen met tegenslag – waaronder psychiatrisch lijden – om te gaan (Stein, 2000).

Willen we ons in de behandeling richten op mentaliseren, dan doet zich een ‘catch 22-situatie’ voor: om een behandeling aan te gaan en er baat bij te hebben, moet de patiënt mentaliseren, terwijl vele patiënten die psychiatrische behandeling vragen, juist grote moeite hebben met mentaliseren. De bedrevenheid van behandelaars in het mentaliseren komt voornamelijk van pas bij het manoeuvreren rond deze catch 22-situatie. De crux van het behandelen van patiënten met een beperkt mentaliserend vermogen is gelegen in het scheppen van de therapeutische voorwaarden voor het bevorderen van mentaliseren, waardoor patiënten de kans krijgen zichzelf vooruit te helpen door voort te bouwen op de al aanwezige aanleg voor mentaliseren en zo leren consequenter en effectiever te mentaliseren, vooral in emotioneel geladen gehechtheidsrelaties.

In dit boek wordt duidelijk dat mentaliseren, in verschillende vormen, bewust een hoofddoel van de behandeling kan gaan uitmaken. Maar we zullen hierna duidelijk maken dat aandacht voor mentaliseren, gezien de cruciale rol die het speelt bij psychotherapeutische behandelingen, voor behandelaars en patiënten ook in het algemeen veel kan opleveren.

Wat is hier nieuw aan?

Om maar meteen verwarring te voorkomen, willen we behandelaars één ding zeggen: behandeling gericht op mentaliseren is de *minst vernieuwende* behandeling die je je kunt indenken, simpelweg omdat het hier gaat om een fundamenteel menselijk vermogen – en precies het vermogen dat ons tot mens maakt (Allen en Fonagy, 2006b). Gezien het feit dat, zoals wij het zien, mentaliseren eigen is aan therapie in het algemeen, is het niet onze bedoeling om mentaliseringsinterventies te ‘verkopen’ als het zoveelste nieuwe merk of type behandeling op een toch al overvolle markt. We willen eerder oproepen tot

verscherpte aandacht voor mentaliseren in reeds bestaande behandelingen. Als een beperking in het vermogen tot mentaliseren echter een primair klinisch probleem vormt, kunnen interventies gericht op het bevorderen van mentaliseren een hoofddoel van de behandeling gaan vormen. We willen daaraan toevoegen dat het rendement van behandeling gericht op mentaliseren, hoe groot de uitdaging daarin ook is, bescheiden genoemd moet worden: deskundig mentaliseren levert op zich geen oplossingen voor problemen of remedies voor stoornissen, maar geeft deelnemers meer mogelijkheden om die oplossingen zelf te vinden (Williams et al., 2006).

Veel van wat we doen in behandelingen gericht op mentaliseren – alleen al het gebruik van het woord mentaliseren daarbij inbegrepen – is bedoeld om niet meer dan *aandacht te vragen* voor mentaliseren. Met Meins en haar medewerkers (2006) zijn wij het eens dat onderscheid gemaakt moet worden tussen het *verwerven* van een vaardigheid en het *gebruiken* van die vaardigheid. Zij waren van mening dat hun mate van gerichtheid op psychische processen, ofwel *mind-mindedness* (zie Hoofdstuk 3), ‘even goed een maat voor verschillen in motivatie en persoonlijkheid zou kunnen blijken te zijn, als een indicatie voor een onderliggend cognitief vermogen’ (p. 194). Wij gaan ervan uit dat een bepaald vermogen tot mentaliseren aanwezig is, wij versterken de motivatie om dat vermogen te gebruiken, en tegen deze achtergrond roepen wij patiënten en behandelaars op een *mentaliserende houding* aan te nemen. Het gaat dan om een onderzoekende, nieuwsgierige, open – en zelfs speelse – belangstelling voor mentale toestanden bij zichzelf en anderen (Allen, 2006b; Haslan-Hopwood et al., 2006). Door deze mentaliserende houding vorm te geven, betrekken behandelaars hun patiënten bij het mentaliseringsproces. Om op een dergelijke manier met mentaliseren om te kunnen gaan is wel een hoge mate van *tolerantie van ambiguïteit* vereist – en die is op zich al een teken van psychische gezondheid – namelijk, ‘een vermogen om te gaan met situaties waarin ongestructureerde stimuli worden gegeven en stimuli met een open einde’ (Foxman, 1967) – want zo zien situaties waarin mentaliseren op zijn plaats is, er nu eenmaal uit.

Kortom, wij beschouwen onze gerichtheid op mentaliseren als een *verfijning, eerder dan een vernieuwing*: wij doen niet meer dan het aanscherpen van de aandacht voor een element dat alle psychotherapeutische behandelingen gemeenschappelijk hebben. Gelukkig beschikken we nu over uitgebreide wetenschappelijke bronnen die bijdragen aan het begrip van deze kernfactor, want er is een aanzienlijke hoeveelheid literatuur over de gehechtheidstheorie en ontwikkelingspsychopathologie (zie Hoofdstuk 3), geschraagd door florenzend onderzoek in de sociaal-cognitieve neurowetenschappen (zie Hoofdstuk 4). Een diepgaand begrip van de voorwaarden op het gebied van ontwikkeling en neurocognitie, die het mentaliserend vermogen bevorderen dan wel belemmeren, is geen geringe verfijning: dit is onze doelstelling voor het eerste deel van dit boek.