

MBT voor patiënten met borderline: *Zelfreflectie en inlevingsvermogen stap voor stap bevorderen*

DOOR PETER BLEUMER & RENÉ MEIJER



Beeld: Thinkstock

Veel patiënten met borderline hebben een gebrek aan zelfreflectie en inlevingsvermogen. Ze hebben moeite met mentaliseren. Dat betekent dat ze zichzelf niet van buitenaf kunnen zien en niet weten wat er in een ander omgaat. Hoe bevordert je bij deze patiënten het mentaliserend vermogen?

Mentaliseren is een begrip dat in opmars is binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg. Mentaliseren gaat om het vermogen tot zelfreflectie en inleving in anderen. Niet iedereen is daartoe in staat. De meeste patiënten met borderline kenmerken zich door een minder ontwikkeld mentaliserend vermogen en bij stress verliezen zij dit vermogen snel.

Zo'n 15 jaar geleden ontwikkelden Fonagy en Bateman, twee Engelse psychoanalytici, Mentalization Based Treatment (MBT), een psychotherapeutische methode om mentaliseren te bevorderen bij deze groep patiënten.^{1,2} In dit artikel gaan we in op de achtergronden van mentaliseren, op MBT voor borderlinepatiënten en op bredere toepassingsmogelijkheden.

WAT IS MENTALISEREN?

Mentaliseren betekent volgens Allen, Fonagy & Bateman (2008) dat je je eigen doen en laten en dat van anderen, impliciet en expliciet, kunt begrijpen als intentioneel gedreven. Dat wil zeggen: kunnen aanvoelen en snappen waarom jijzelf en anderen doen zoals ze doen, en begrijpen wat daar de achterliggende gedachten, gevoelens, motieven en intenties bij zijn. Met betrekking tot de ander is het het vermogen om de samenhang te begrijpen tussen het gedrag dat een persoon vertoont, de gedachten of gevoelens die hij daarbij innerlijk beleeft en de context waarin hij zich bevindt.

Als het om jezelf gaat, betekent dit in staat zijn tot zelfreflectie; gaat het om anderen dan spreken we van inlevingsvermogen. Ten slotte gaat het ook om kunnen reflecteren over wat er in de relatie met een ander gebeurt. Goed mentaliseren bevordert effectieve communicatie, prettig samenwerken en samenleven, want je begrijpt jezelf en de ander.

IMPLICIET MENTALISEREN

Mentaliseren is eigenlijk allereerst een impliciete, vanzelfsprekende activiteit. Al bij een eenvoudig gesprek mentaliseren we automatisch als we de geest van de

ander in de gaten houden. We reageren niet alleen op wat de ander letterlijk zegt, maar vaak ook op wat we *denken* dat hij denkt of voelt.

Mentaliseren is dus procedureel van aard en grotendeels een automatische reactie op talloze gebeurtenissen om ons heen.

Je mentaliseert al expliciet als je iemand ziet geeuwen en je je afvraagt waarom hij dat doet, of als je je realiseert wat je raakt in het verhaal van een ander en ook als je je afvraagt waarom dat verhaal je juist niet raakt. Mentaliseren is dan ook niet alleen een cognitieve, bedachte activiteit. Het is allereerst een snelle en intuïtieve reactie. Als het lukt om te blijven mentaliseren, ervaar je jezelf en de ander als het ware als doorzichtig, als enigszins beïnvloedbaar en voorspelbaar. Je voelt aansluiting bij de ander en zijn belevingswereld.

EXPLICIET MENTALISEREN

Expliciet mentaliseren betekent dat we bewust oog en oor hebben voor wat er emotioneel, vaak in de onderstroom, tussen mensen gebeurt. Daarnaast is het de

Bij heftige emoties vermindert het mentaliserend vermogen

kunst om ook *in de emotie* over jezelf en de ander te blijven nadenken. Het is lastig om, juist als we emotioneel zijn, bijvoorbeeld boos of verdrietig, te blijven mentaliseren over jezelf en de ander. Uit onderzoek blijkt dat ieders mentaliserend vermogen drastisch vermindert bij heftige emotie. Het is wetenschappelijk aangetoond dat er bij veel stress weinig activiteit is in de prefrontale cortex, de plek in de hersenen waar verondersteld wordt dat het mentaliseren plaatsvindt.^{3,4}

KENMERKEN BORDERLINE

MBT is ontwikkeld in de hulpverlening aan patiënten met borderline, omdat tot dan toe veel bestaande



HOE ONTWIKKELT HET MENTALISEREND VERMOGEN ZICH?

Mentaliseren ontwikkelt zich in de hechting tussen ouder en kind, en verloopt min of meer in fasen.^{10,11} Jonge kinderen leren langzaam mentaliseren.¹² Aanvankelijk is wat ze van binnen voelen ook helemaal de werkelijkheid (*equivalente modus*). Langzaam leren ze dat er meer perspectieven zijn op deze werkelijkheid doordat ze gaan spelen. Door (een ander) te gaan spelen, nemen ze afstand van hun eigen '100%-werkelijkheid' en komen ze in de *alsof-modus*. Deze twee modi staan in het begin van de kinderlijke ontwikkeling tot ± 3 jaar nog los van elkaar. Wanneer ze samengevoegd worden, kunnen kinderen in principe mentaliseren. Ze hebben contact met hun gevoel en kunnen meerdere perspectieven onderscheiden ten aanzien van de werkelijkheid.

Als de hechting met de ouder onveilig is, integreren deze modi moeilijker of soms zelfs helemaal niet en leren kinderen dus slecht mentaliseren. Op volwassen leeftijd zie je dan ook dat ze nog steeds tussen deze twee modi 'flipperen' of lang in één van de twee blijven hangen: een gedachte is of helemaal waar of er is geen enkele verbinding met de werkelijkheid. Bij stress zien we dan een extreme terugval in deze modi: er is dan geen sprake meer van enig mentaliserend vermogen.

therapiemethoden weinig tot niet effectief bleken te zijn. Het gebrek aan mentaliserend vermogen uit zich bij borderlinepatiënten in twee typerende kenmerken: affectieve disregulatie (moeite met reguleren van emoties) en impulsiviteit (eerst doen en dan (niet) denken, impulsieve aankopen, impulsief handelen en reageren). Gebrekkige affectregulatie en impulsiviteit zijn aspecten van slecht mentaliseren, aangezien iemand dan niet goed in staat is emoties te hanteren, te begrijpen waarom hij voelt wat hij voelt en zonder nadenken handelt.⁵

Binnen MBT worden twee belangrijke factoren onderscheiden die leiden tot gebrekkige affectregulatie: biologische factoren⁶ en vroege hechtingservaringen, met name hechtingstrauma's.

Veel borderlinepatiënten zijn onveilig gehecht^{7,8} en vertonen kenmerken van een gedesorganiseerde hechtingsstrategie.¹ Nu is het zo dat onder stress iedereen teruggrijpt op een hechtingsfiguur, zoals je vader/moeder of een familielid, want stress en trauma activeren het hechtingssysteem.^{1,9} Als je veilig gehecht bent ga je

bij stress terug naar je hechtingsfiguur en dan is het weer veilig. Bij sommige patiënten roept de hechtingservaring geen veiligheid op maar wantrouwen, paranoïde gedachten en negatief geladen emoties, wat opnieuw meer stress induceert. Door vroege onveilige hechtingservaringen beschikken onder andere borderlinepatiënten over minder mentaliserend vermogen en ze verliezen het ook sneller bij stress. Dat uit zich in gebrekkige affectregulatie en impulsiviteit.

DOEL VAN MBT

Het doel van het werken met borderlinepatiënten is om hun mentaliserend vermogen te vergroten en van de equivalente en alsof-modi over te gaan naar de mentaliserende modus. Er ontstaat daardoor een betere affectregulatie en er treedt minder impulsiviteit op. Dat betekent: minder snel boos worden, beter snappen wat er gebeurt in contact, zodat ze zichzelf kunnen reguleren in interacties. En dat kan weer leiden tot een betere samenwerking en prettiger contact.

HOE WERKT DE THERAPEUT VANUIT MBT?

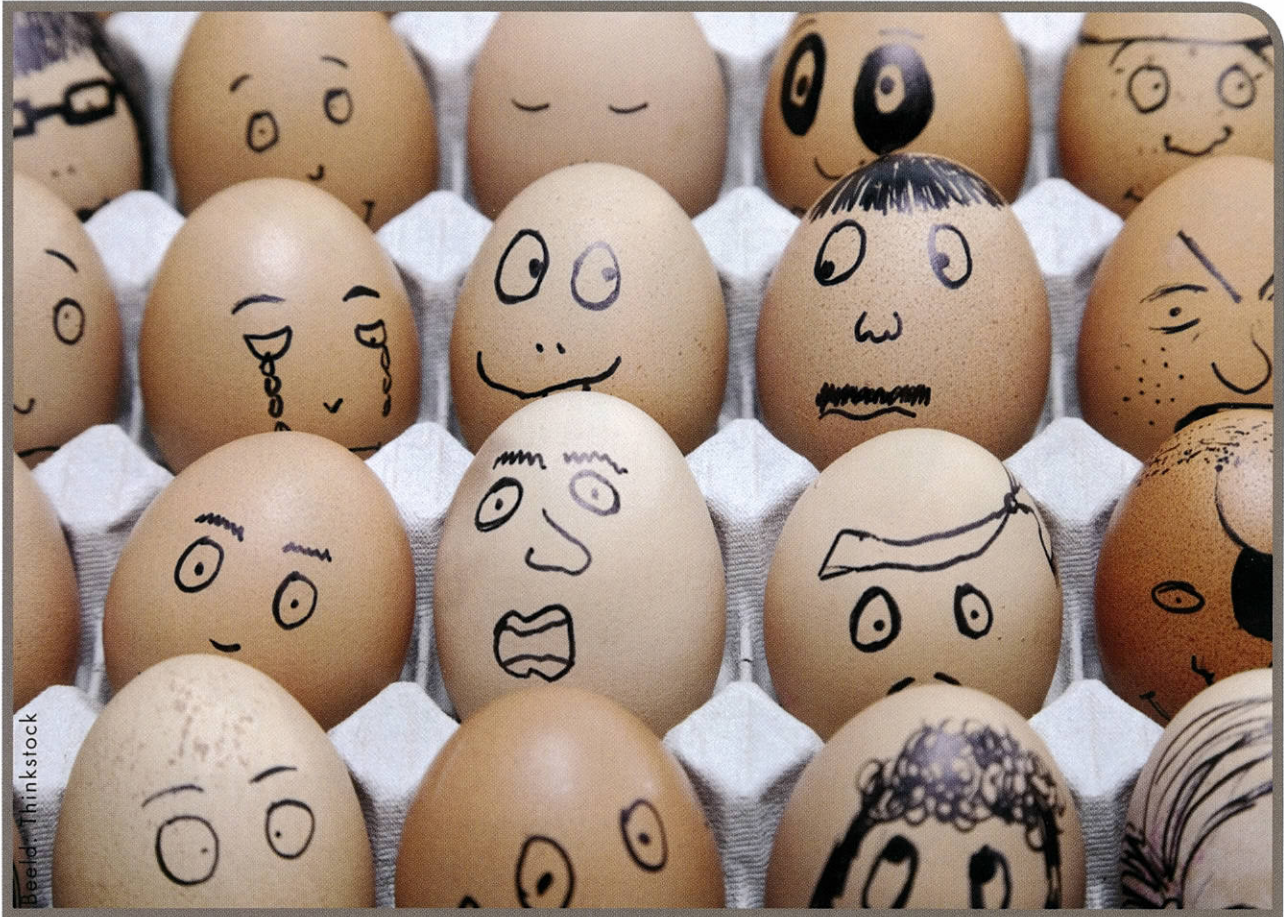
MBT werkt volgens de volgende basisprincipes^{2,12,13}:

- Niet-wetende houding
- In het hier-en-nu
- Procesgericht in plaats van op de inhoud
- Gericht op de emotie (liefde, verlangen, pijn)
- Gericht op het denken en voelen van de cliënt in plaats van op gedrag

NIET-WETENDE HOUDING

Het belangrijkste basisprincipe is dat de therapeut en de cliënt samenwerken vanuit een nieuwsgierige, niet-wetende houding. Je onderzoekt samen met de cliënt wat er bij hem leeft aan gevoelens, motieven, gedachten en verlangens. Je vragen zijn erop gericht dat de cliënt gaat nadenken over zijn eigen binnenwereld en die van de ander. Vanuit een niet-wetende houding nodig je hem uit aan jou toe te lichten wat hij zojuist heeft gezegd. Je laat merken dat je heel graag wilt begrijpen wat de ander bedoelt en je vraagt hem of haar dat toe te lichten. Daardoor stelt de cliënt zich open om over zichzelf na te denken en dat stimuleert het mentaliserend vermogen.





Bijvoorbeeld: als een cliënt boos kijkt, hoeft de cliënt dat nog niet te ervaren als boos. Als de therapeut dan zegt: 'Ja, jij bent boos hè?', dan vult hij al in. De niet-wetende aanpak is: 'Zou het zo kunnen zijn dat je nu boosheid voelt? Is dat zo? En waarom zou je nu boos zijn? Ik weet dat niet, maar vertel er iets over.' Een niet-wetende houding is belangrijk omdat verkeerde veronderstellingen dikwijls leiden tot verwarring. Je kunt niet echt weten wat er in iemand omgaat. Niet begrepen zijn, genereert dikwijls zeer felle emoties die leiden tot vermijding, vijandigheid of overbescherming. Je kunt dit bij jezelf nagaan door aan het moment te denken dat je je de laatste keer niet begrepen voelde.

PROCESGERICHT IN HET HIER-EN-NU

Hulpverleners zijn niet zozeer gericht op de inhoud van wat iemand zegt, maar op het proces van mentaliseren. De vraag is steeds: is de cliënt aan het nadenken over zichzelf en de ander in de emotie? Je kijkt steeds

in welke modus de cliënt zit: draait hij een verhaaltje af en voel je geen affect dan merk je dat de cliënt in een alsof-modus zit en zul je dus daarop moeten interveniëren. Dit door bijvoorbeeld de cliënt uit te dagen. Als de cliënt in een equivalente modus zit, is waarschijnlijk steun en empathie een belangrijke interventie om de heftigheid van zijn emotie te reduceren en het mentaliserend vermogen weer op gang te brengen. Een MBT-therapeut is niet uit op gedragsverandering, maar op het bevorderen van het denken en voelen van de cliënt. Uiteindelijk leidt dit hopelijk wel tot gedragsverandering in contact met anderen.

INTERVENTIESPECTRUM

Naast de basisprincipes is het *Interventiespectrum*^{2,12,13} leidraad voor de interventies. Het zijn oplopende stappen, waarbij eerst met stap 1 wordt begonnen (dat doe je het meest) en uiteindelijk de laatste stap gebruikt (dat doe je minder).





Beeld: Thinkstock

Het Interventiespectrum

Stap 1: Steun en empathie

Stap 2: Verhelderen en uitdagen

Stap 3: Affectfocus

- Stop, luister en kijk
- Stop, ga terug en exploreer

Stap 4: Mentaliseren in de relatie cliënt-therapeut

EEN VOORBEELD:

Janneke komt de therapiekamer binnen, gaat boos tegenover de therapeut zitten en zegt:

J: 'Ik stop met de therapie, het is waardeloos en niemand ziet wat er eigenlijk aan de hand is. Ik heb hier toch niks aan!'

Belangrijk is dan om allereerst steun en empathie te geven (stap 1 Interventiespectrum).

T: 'Goh...jé..., Janneke, daar zeg je nogal wat. Dan

moet er wel iets heel vervelends gebeurd zijn dat je nu zo reageert. Laten we eens samen kijken wat er gebeurd is.'

J: 'Ik ben boos, ontzettend boos. Zoek het ook allemaal maar uit hier, ik kap ermee.'

T: 'Nou, da's heftig wat je daar zegt. Er moet dus echt wel iets héél vervelends gebeurd zijn. En kun je vertellen wat er nou eigenlijk gebeurd is, want ik begrijp het nog niet.'

Na steun en empathie probeert de therapeut te verhelderen wat er aan de hand is (stap 2 Interventiespectrum).

J: 'Dat kan ik je wel zeggen, ja. Bert (een collega-therapeut) had een afspraak met mij en die zei toen later tegen mij dat ik die afspraak had laten zitten en dat ik niet gekomen was.'

Therapeut en cliënt gaan nu verder onderzoeken wat

er precies gebeurd is en wat die gebeurtenis emotioneel voor haar betekent.

T: 'Oké, vertel eens, wat heeft hij precies tegen jou gezegd toen?'

J: 'Nou, hij zei, waarom ben je niet op die afspraak gekomen?'

T: 'En welk gevoel riep dat bij jou op?'

J: 'Nou, die collega van jou ziet helemaal niet hoe ontzettend ik hier mij best doe. Hij zegt gewoon dat ik me er makkelijk van afmaak, maar dat is helemaal niet zo!' Uiteindelijk komen therapeut en cliënt samen bij haar mentale representatie: 'ik ben niks waard, ik doe er niet toe voor die ander'.

In organisaties leidt gebrekkig mentaliseren tot pestgedrag of onbegrip

Na dit onderzoek wordt gezocht naar alternatieve perspectieven. Dat kan door te mentaliseren over de ander (de collega-therapeut), om wellicht een ander perspectief op de werkelijkheid te ontwikkelen.

T: 'Ik ken mijn collega niet dat hij jou het gevoel wil geven dat je niets waard bent en dat je er niet toe doet. Ik snap nog niet goed waarom hij dit zo gezegd heeft.' De therapeut en Janneke komen er samen achter dat hij dat waarschijnlijk niet gedaan heeft om te beweren dat zij niks waard is, maar omdat hij zelf last heeft van het feit dat een afspraak met Janneke niet door is gegaan. En dat hij de boodschap van Janneke – dat ze die middag met haar dochter naar het ziekenhuis moest – gemist heeft

Deze perspectiefwissel is essentieel om de cliënt een ander beeld van de situatie te laten krijgen. Ze kan haar aanname: 'Alles wat ik concludeer uit mijn gevoel is helemaal waar' (equivalente modus) verrui-

len voor: 'Ik kan me wel afgewezen voelen, maar dat betekent niet dat de ander de intentie had om dat te doen'. Door deze andere interpretatie van de werkelijkheid kan Janneke ook in een ander gevoel komen. Bijvoorbeeld: 'Ik doe er wel toe, want die collega-therapeut vond die afspraak juist belangrijk om het signaleringsplan af te maken, en vond het dus jammer dat ik niet kwam opdagen. En hij was zelfs bezorgd dat ik af ging haken'.

Stap 3: Affectfocus kent twee belangrijke technieken om het mentaliserend vermogen in stand te houden. Namelijk: 'stop, luister en kijk', betekent stilstaan bij wat er op dat moment gebeurt. En als de emotie te heftig is of het niet meer is te volgen, teruggaan naar het moment waar het nog te overzien was. 'Stop, ga terug en exploreer' betekent de film terugspoelen en kijken wat er precies gebeurde.

Stap 4: Mentaliseren in de relatie cliënt-therapeut is het meest spannend voor de cliënt (en wellicht ook voor de therapeut). Het is (relatief) makkelijker om te mentaliseren over wat er gisteren of een week geleden met iemand anders gebeurd is, dan de hier-en-nu interactie ter sprake te brengen. Want dat genereert meteen gevoelens tijdens het mentaliseren. Vaak is het wel het meest vruchtbaar, omdat het direct verschuivingen in gevoel teweeg kan brengen en alternatieve perspectieven kan bieden over een interactie.

ONDERZOEK

In een zorgvuldig opgezette Randomized Controlled Trial (RCT) over MBT als behandeling in een dagtherapeutische setting blijkt MBT een effectieve behandeling, ook met een follow-up na 1,5 jaar en na 8 jaar.^{14,15,16} Ook de dagklinische variant van MBT bleek in een RCT effectief.¹⁷ Borderlinepatiënten rapporteren na een jaar dat ze meer stabiliteit in hun relatie ervaren, zich minder rot voelen en hun impulsen beter onder controle hebben.

MEER TOEPASSINGSGBIEDEN

Gebrekkig zelfreflectie en inlevingsvermogen zijn niet voorbehouden aan borderlinepatiënten. Vandaar dat het bevorderen van mentaliseren steeds meer buiten de GGZ wordt toegepast. Bijvoorbeeld in coaching en teamtrai-



ningen. Want in organisaties leidt gebrekkig mentaliseren tot onbegrip, samenwerkingsproblemen, pestgedrag, uitstoting, weerstand enzovoorts. Ook coaches komen in aanraking met cliënten met weinig mentaliserend vermogen. Veel coachingsmethoden veronderstellen bovendien dat cliënten kunnen mentaliseren en in veel teamtrainingen wordt op dat vermogen ook een beroep gedaan.

De auteurs hebben de principes van MBT vertaald voor organisaties en coaching. Hun boek: *Mentaliserend coachen, bevorder zelfreflectie en inlevingsvermogen in organisaties* komt dit najaar uit.

LITERATUUR

- Bateman, A.W. & Fonagy P. (2006). *Mentaliseren bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Frith, U. & Frith, C.D. (2003). *Development and neurophysiology of mentalizing*. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 358: 459-473.
- Clarkin, J., Fonagy, P., and Gabbard, O. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook*. Washington DC; London, American Psychiatric Publishing.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). The assessment of mentalization. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in mental health practice* (pp. 43-65). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Belsky D., Caspi A., Arseneault L., Bleidorn W., Fonagy P., Goodman M., Houts R., Moffitt T. (2012). *Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children*. *Development and Psychopathology*. 24(01): 251-265.
- Watson, J., (2001). *Contingency perception and misperception in infancy: Some potential implications for attachment*. *Bulletin Menninger Clinic*, 65, 296 – 320.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). *Mentalization and the Roots of Borderline Personality Disorder in Infancy*. In Fitzgerald H. E, Puura K., Tomlinson M., & Paul C. (Ed.), *International Perspectives on Children and Mental Health: Volume 1: Development and Context*. New York: Praeger.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L.C., & Luyten, P. (2011). *Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework*. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1991). *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). *Attachment and reflective function: Their role in self-organisation*. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P. & Target, M. (2006). *The mentalization-focused approach to self-pathology*. *Journal of Personality Disorders*, 20, 544-576.
- Wallin, D. (2010). *Gebechtheid in psychotherapie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (1999). *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial*. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2001). *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: A 18-month follow-up*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A.W. & 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.W. & Fonagy, P. (2009). *Randomized controlled trial of outpatient mentalization based treatment versus structured clinical management for borderline disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.

Drs. Peter Bleumer, psychotherapeut, GGZ-Breburg, erkend supervisor MBT vanuit MBT-Nederland en het Anna Freud Instituut in Londen (pbleumer@iae.nl).
Drs. René Meijer, psycholoog, eigenaar Opleidingscentrum het Balkon (www.hetbalkon.nl), opleider, senior-trainer en coach (rg.meijer@hetbalkon.nl).

